



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Comportamentos de Risco na População Escolar da Escola EB c/JI D.Carlos I

Relatório elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Ensino da Educação Física nos Ensinos Básico e Secundário.

Orientador: Professor Doutor Marcos Teixeira de Abreu Soares Onofre

Júri:

Presidente

Professor (a) Doutor (a): António José Mendes Rodrigues

Vogais

Professor (a) Doutor (a): Marcos Teixeira de Abreu Soares Onofre

Professor (a) Doutor (a): Ana Luísa Dias Quitério

Alexandre João Pinto Alves

2016

Agradecimentos

Em primeiro lugar queria agradecer às pessoas que me são próximas por todo o apoio e compreensão que me deram durante a elaboração deste trabalho.

A minha mãe por todo o carinho e toda a presença que me tem dado em todos estes anos, especialmente pela perda repentina do meu pai nas nossas vidas. Foi o carinho dela que me manteve na estrada correta e que me permitiu poder estar presente em mais este momento importante na minha vida como é este mestrado.

Aos meus amigos (Dylan McShain, David Stevens, Bogdan Zaruma, Korey Haugland e Alex Wong) por me ajudarem a desenvolver como ser social e profissional e por me apoiarem em todas as decisões relevantes da minha vida.

À minha namorada, Vanessa Gobetti, que me apoiou e ajudou, que compreendeu os dias em que estive super focado na elaboração deste trabalho e em que não pude estar presente na vida dela.

Em segundo lugar, mas não menos importante, um grande obrigado ao Professor Doutor Marcos Onofre, por mais uma vez estar presente em mais um momento académico importante da minha vida.

Em terceiro, um pouco ligado ao primeiro ponto, ao meu grande amigo João Delgado (que viu nascer a sua filha neste mesmo ano), que continua mais que presente na minha vida e que foi parte importante na investigação e elaboração deste trabalho.

Resumo

Neste estudo, é feita uma reflexão crítica no âmbito do estágio pedagógico do Mestrado em Ensino da Educação Física nos Ensinos Básico e Secundário, acerca de um estudo realizado no âmbito da licenciatura em Educação Física e Desporto Escolar, que procurou descrever os comportamentos de risco (consumos de tabaco, álcool, drogas, comportamentos violentos e sexuais de risco) dos jovens alunos da escola E.B c/JI D.Carlos I, no ano letivo de 2008/2009.

Essa investigação procurou caracterizar os comportamentos de risco mais relevantes em função do género, idade e estatuto socioeconómico do aluno, sendo também especificados o momento, frequência, experiência, contexto e intervenientes.

Para proceder a essa investigação, inicialmente foram seleccionados todos os 430 alunos da escola, com idades compreendidas entre os 12-18 anos. Numa segunda fase, para que a recolha dos dados fosse a mais adequada, utilizou-se um questionário, sendo este adaptado do questionário HBSC (Health Behavior in School-aged Children) de 2006. Após o tratamentos de dados, através do Microsoft Excel e do SPSS 13.0 para Windows, foram obtidos os seguintes resultados: 1) o principal comportamento de risco era o consumo de álcool; 2) os consumos aumentavam com o avançar da idade; 3) o local eleito para os consumos era na escola/festas; 4) os primeiros consumos aconteciam entre os 12 e 14 anos; 5) relativamente ao género, o consumo de tabaco, drogas e frequência de agressões era maior no género masculino e o consumo de álcool maior no feminino; 6) quanto aos comportamentos de violência, a frequência de agressão era ocasional em todas as idades, acontecendo maioritariamente no recreio escolar e apresentando forma verbal e física; 7) quanto aos comportamentos sexuais de risco, estes aconteciam maioritariamente nas idades mais avançadas, sendo a taxa de utilização de preservativo bastante alta; 8) quanto ao nível socioeconómico, os alunos de idade mais elevada eram os que sofriam mais agressões e os alunos de nível mais baixo eram os que mais agrediam os outros alunos, apresentavam mais comportamentos sexuais de risco e consumos altos e regulares de álcool, tabaco e drogas.

Esta reflexão crítica, recorrendo a investigações mais recentes e na experiência acumulada do autor deste trabalho como docente, procura explicar o que poderia ter sido feito de diferente ou até melhorado na investigação inicial e que novas estratégias poderiam ser operacionalizadas num âmbito mais recente para esta temática dos comportamentos de risco.

Palavras-chave: Adolescência, Comportamentos de risco, Educação para a Saúde, Ensino Básico, Ensino Secundário

Abstract

In this study, is done a critical reflection, within a pedagogical stage for a Elementary and High School Physical Education Masters, about a research done for Physical Education and after school activities degree, which looked to describe the risky behaviors (consumption of tobacco, alcohol, drugs, violent behaviors and risky sexual behaviors) of the teenagers studying in E.B c/JI Infantil D.Carlos I, in the school year of 2008/2009.

This research tried to describe the most relevant risky behaviors accordingly to the gender, age, and economical status, as well the moment, frequency, experience, context and characters.

In order to proceed with this investigation, were initially selected all the 430 students, with ages within the period of 12 to 18 years old. In a second stage, in order to collect rightly was used a survey, being this one adapted from the HBSC quiz (Health Behavior in School-aged Children) of 2006.

After processing the data, through Microsoft Excel and SPSS 13.0 software for Windows, the following results came up: 1) The main risky behavior is alcohol consumption; 2) the consumptions increase with age increasement; 3) the favorite local of consumption is in the school/parties; 4) the first consumption usually happens within the range of 12-14 years old; 5) For the gender, tobacco/ drugs consumption and violent behavior happens mostly within the male gender and alcohol consumption within the female gender; 6) for the violent behaviors, the frequency of aggression is occasional for all ages, happening mostly in the recess and having a verbal and physical form; 7) for the sexual risky behaviors, those happen usually in the older students, being the use of condom pretty high; 8) for the socioeconomic level, the highest one was the one where teens were mostly bullied, and within the lowest one was where students bully the other ones, and had bigger levels of sexual risky behaviors and high consumptions of tobacco, alcohol and drugs.

The critical reflection, based on new research and on lived experience of the author as a teacher, focuses on what should have been changed or even developed for the initial investigation and new strategies that can be used and improve for better about this issue of risky behaviors.

Key Words: Adolescence, Risky Behaviors, Health Education, Elementary Level, High School level.

Índice

Introdução	1
Parte I – Trabalho Empírico.....	3
1. Análise da Literatura.....	4
2. Metodologia.....	27
2.1 Objetivo de Estudo	27
2.2 Hipóteses	27
2.3 Amostra	28
2.4 Instrumentos de recolha e tratamento de dados.....	29
2.5 Limitações do Questionário	30
2.6 Condições de realização do estudo	30
3. Apresentação dos Resultados.....	32
3.1 Discussão dos resultados	32
3.2 Estratégias apresentadas.....	47
4. Conclusões	48
Parte II Reflexão crítica	52
1. Introdução.....	53
2. Desenvolvimento.....	54
2.1 Análise crítica de estudo (objectivo, metodologia, resultados)	54
2.2. Estratégias mais recentes	55
2.2.1 Papel da Família (Micro)	55
2.2.2 Importancia do Grupo de Pares (Micro)	63
2.2.3 O Papel da Escola (Meso)	66
2.2.4 Media/Internet (Macro)	88
3. Notas Finais	91
Bibliografia	93
Anexos.....	106

Índice de Figuras

Figura 1- Modelo MIMAC	79
------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Género	107
Tabela 2 – Parentesco do encarregado de educação	109
Tabela 3 – Profissão do Encarregado de Educação	111
Tabela 4 – Consumo de Tabaco	113
Tabela 5 – Consumo de Alcool	113
Tabela 6 – Consumo de Drogas	114
Tabela 7 – Comportamentoa violentos pessoais	114
Tabela 8 – Comportamentos violentos a outros.....	115
Tabela 9 – Comportamentos Sexuais.....	115
Tabela 10 – Consumo de Tabaco/Idade.....	116
Tabela 11 – Idade que fumou o 1ºCigarro/ Idade.....	117
Tabela 12 – Frequência com que fuma/Idade	118
Tabela 13 – Local onde Fuma/idade	119
Tabela 14 – Razão para o consumo de tabaco/ Idade	120
Tabela 15 – Consumo de Álcool/Idade.....	121
Tabela 16 – Idade que bebeu/ Idade.....	121
Tabela 17 – Frequência consumo de álcool/ idade	122
Tabela 18 – Local onde bebe/idade.....	123
Tabela 19 – Razão porque bebe	124
Tabela 20 – Tipo de bebidas.....	125
Tabela 21 – Consumo de drogas/idade.....	125
Tabela 22 – Tipo de Drogas/Idade.....	126
Tabela 23 – Idade da 1ª Droga/Idade	127
Tabela 24 – Frequência com que se droga/Idade	128
Tabela 25 – Local onde se droga	128
Tabela 26 – Razão porque se droga/Idade	129

Tabela 27 – Comportamentos violentos pessoais.....	130
Tabela 28 – Idade da 1ª agressão/idade.....	131
Tabela 29 – Frequência com que sofre agressões/idade	132
Tabela 30 – Local onde é agredido/ idade	133
Tabela 31 – Tipos de Agressão/Idade	134
Tabela 32 – Comportamentos violentos a outros	135
Tabela 33 – Frequência com que agride/idade.....	135
Tabela 34 – Razões das agressões/Idade	136
Tabela 35 – Comportamentos sexuais/Idade	137
Tabela 36 – Idade da 1ª Relação/Idade	138
Tabela 37 – Frequência das Relações/Idade.....	138
Tabela 38 – Utilização de Contraceptivos	139
Tabela 39 – Razão porque iniciou a sua pratica/ Idade.....	140
Tabela 40 – Sexo sobre efeitos de drogas e alcool	141
Tabela 41 – Idade.....	146
Tabela 42 – Consumo de Tabaco/Género	147
Tabela 43 – Idade que fumou o 1ºCigarro/Género	148
Tabela 44 – Frequência com que fumou/Género.....	148
Tabela 45 – Local onde fuma/Género.....	149
Tabela 46 – Razão porque fuma/Género.....	150
Tabela 47 – Consumo de Álcool/ Género	150
Tabela 48 – Idade que bebeu/Género.....	151
Tabela 49 – Frequência consumo de alcoól/Género.....	152
Tabela 50 – Local onde bebe/Género	152
Tabela 51 – Razão porque bebe/Género	153
Tabela 52 – Tipo de Bebidas/Género.....	154
Tabela 53 – Consumo de Drogas/Género.....	155
Tabela 54 – Tipo de Drogas.....	156
Tabela 55 – Idade da 1ª Droga/Género.....	156
Tabela 56 – Frequência com que se droga/Género.....	157
Tabela 57 – Local onde se Droga	158
Tabela 58 – Razão porque se droga/Género.....	158

Tabela 59 – Comportamentos violentos pessoais.....	159
Tabela 60 – Idade da Primeira Agressão	160
Tabela 61 – Frequência com que sofre agressões/ Género.....	160
Tabela 62 – Local onde é agredido.....	161
Tabela 63 – Tipos de Agressão/Género	162
Tabela 64 – Comportamentos violentos a outros/Géne	163
Tabela 65 – Frequência com que agride/Género	163
Tabela 66 – Razões das Agressões/Género	164
Tabela 67 – Comportamentos Sexuais/Género	165
Tabela 68 – Idade da 1ª Relação/Género	165
Tabela 69 – Frequência das Relações/Género	166
Tabela 70 – Utilização de Contraceptivos/Género	167
Tabela 71 – Razão porque iniciou a sua pratica	168
Tabela 72 - Género	174
Tabela 73 – Consumo de Tabaco/Nível Socioeconómico.....	176
Tabela 74 – Idade do 1ºConsumo.....	178
Tabela 75 – Frequência com que fumou/ Nível Socioeconómico	179
Tabela 76 – Local onde Fuma/Nível Soecioeconómico.....	181
Tabela 77 – Razão de Fumar/Nível Socioeconómico.....	183
Tabela 78 – Consumo de álcool/ nível socioeconómico	185
Tabela 79 –Idade do 1ºConsumo/Nível Socioeconómico	186
Tabela 80 – Frequência Consumo de Álcool/ Nível Socioeconómico.....	188
Tabela 81 – Local de consumo de álcool/Nível Socioeconómico	190
Tabela 82 – Razão porque bebe/Nível Socioeconómico	192
Tabela 83 – Tipo de Bebidas/nível Socioeconómico	193
Tabela 84 – Consumo de drogas/Nível Socioeconómico	195
Tabela 85 – Tipo de Drogas/Nível Socioeconómico.....	197
Tabela 86 – Idade da 1ª Droga/Nível Socioeconómico	198
Tabela 87- Frequência de consumo/Nível Socioeconómico	200
Tabela 88 – Local onde se droga/Nível Socioeconómico	201
Tabela 89 – Razão Para o Consumo/Nível Socioeconómico	203
Tabela 90 – Comportamentos violentos/Nível Socioeconómico	204

Tabela 91 – Idade da 1ª Agressão/Nível Socioeconómico.....	206
Tabela 92 – Frequência com que sofre agressões/Nível Socioeconómico.....	208
Tabela 93 – Local onde Sofre a Agressão/Nível Socioeconómico.....	210
Tabela 94 – Tipos de Agressão/Nível Socioeconómico	211
Tabela 95 – Comportamentos violentos a outros/Nível Socioeconómico.....	213
Tabela 96 – Frequência com que agride/Nível Socioeconómico	215
Tabela 97 – Razões das Agressões/Nível Socioeconómico	217
Tabela 98 – Comportamentos sexuais/Nível Socioeconómico	218
Tabela 99 – Idade da 1ª Relação/Nível Socioeconómico	220
Tabela 100 – Frequência das relações.....	222
Tabela 101 – Utilização de Contraceptivos/Nível Socioeconómico.....	223
Tabela 102 – Razão porque iniciou a sua pratica/Nível Socioeconómico	225
Tabela 103 – Sexo sobre efeito de drogas ou álcool/Nível Socioeconómico.....	226

Introdução

O presente trabalho pretende realçar um momento de investigação que foi realizada no âmbito da Área 2 – Investigação e Inovação Pedagógica – do nosso Estágio Pedagógico de 2008/2009 do 5º ano da licenciatura em Ciências do Desporto – Ramo de Educação Física e Desporto Escolar da Faculdade de Motricidade Humana, onde se procurava responder a um desafio lançado a partir do Guia de Estágio Pedagógico 2008/2009. Procurava-se neste trabalho fazer uma análise aprofundada das características e necessidades da escola, e identificar um problema específico das suas práticas, procurando soluções de resolução, partindo de uma lógica da metodologia de Investigação-Ação.

Assim, para a identificação da problemática a estudar, o núcleo de estágio estudou o contexto escolar da escola D.Carlos I em Sintra, no sentido de perceber sinais claros de algum aspeto que fosse relevante de ser estudado e investigado. Após a aplicação de um questionário junto dos alunos, onde se descreviam diferentes temáticas, por ordem de escolha, os alunos identificavam qual a mais importante no seu ver, resultando após a análise das várias respostas que o tema de comportamentos de risco era o indicado para investigar.

Detetado o tema, este trabalho procurou essencialmente descobrir dentro dos vários comportamentos de risco quais o mais relevantes e caracterizou-os nos seus pontos mais importantes. O maior objetivo deste trabalho foi servir como ponto de partida para futuros trabalhos, projetos, ou ações de intervenção junto desta comunidade escolar de modo a ultrapassar estas problemáticas.

Este trabalho está assim estruturado em duas partes distintas.

Na Parte I (Trabalho Empírico) surge a apresentação do estudo e do que foi feito através de 3 capítulos: capítulo 1, Análise da Literatura, onde se contextualiza e se reforça com bibliografia mais recente os diferentes domínios deste estudo tais como adolescência, consumos de droga, álcool e de tabaco, comportamentos sexuais de risco, violência e delinquência; o capítulo 2, Metodologia, onde são apresentados os objetivos da investigação, hipóteses, amostra, instrumentos de recolha e tratamento de dados, limitações do questionário e condições de realização de estudo.

No capítulo 3, Apresentação dos Resultados, é feita a discussão dos resultados e algumas das estratégias consideradas para a superação dos problemas detetados. Por

ultimo, no capítulo 4, Conclusões, são descritas as principais conclusões do estudo e tecidas algumas considerações.

Na segunda parte do trabalho, Parte II, será apresentada uma reflexão crítica, contextualizada com investigação e revisão bibliográfica recente acerca do que poderia ter sido feito não só nesse momento específico de investigação, mas onde atuar e que grupo de ações poderiam ter sido feitas a partir daí.

No cômputo geral, esta reflexão foi elaborada 7 anos depois desta investigação inicial, surgindo como uma oportunidade pessoal para rever, reestruturar e repensar certos conceitos e conhecimentos que tínhamos na altura desse trabalho.

Este trabalho é assim o resultado de uma combinação de um aprofundamento de conhecimentos acerca desta temática com a minha experiência pessoal e empírica de momentos que tenho vivido como docente.

No final deste trabalho, são apresentadas as considerações finais para este estudo, as referências bibliográficas e os anexos.

Parte I – Trabalho Empírico

1. Análise da Literatura

Para se entender toda esta temática envolvente acerca dos comportamentos de risco e entender o porquê de ser da adolescência, o período mais característico para a existência destes, apresenta-se como importante descrever um conjunto de conceitos associados, tais como estilo de vida, fatores de risco/fatores protetores, o próprio conceito de adolescência, consumos, comportamentos sexuais de risco e violência/delinquência.

O conceito de estilo de vida, tem sido definido de diferentes formas, mas o que se procura é um estilo de vida que se possa considerar saudável, isto é, que possa permitir ao ser humano atingir o seu máximo potencial, no qual se inclui o estado intelectual, social, emocional, físico e espiritual. Este fator permite aumentar anos de vida e vida aos anos, e consequentemente uma redução da probabilidade de aparecimento de doenças ou incapacidade (Corbin & Lindsey, 2007).

O conceito de estilo de vida é assim importante, pois é na adolescência que se adquirem as principais capacidades e aptidões para viver de forma saudável.

Este é modificado (o individual) pelos efeitos de interação entre os indivíduos e pela aprendizagem social, os quais influenciam o ambiente social e são condicionados por ele. As opções oferecidas aos indivíduos defrontam-se com limites impostos, quer pelo ambiente físico, social e cultural, quer pelos respetivos meios financeiros (Oliveira, 2000).

Sabe-se que existem numerosos estilos que favorecem a saúde, sendo estes, entre outros, a prática do exercício físico, uma nutrição equilibrada, a gestão emocional, e os que desenvolvem o bem-estar físico e mental, protegendo o indivíduo do “*stress*”. Outros, pelo contrário, tais como o uso do tabaco, uso excessivo do álcool e hábitos de descanso reduzidos podem ser prejudiciais à saúde. Estas práticas podem também estar ligadas à forma como a maioria das pessoas os adotam para enfrentar a vida e facilitar os contactos sociais (Oliveira, 2000).

Para esta escolha de estilo de vida refere-se então que existam os seguintes fatores determinantes dos estilos de vida: as características individuais, genéticas ou adquiridas (personalidade, interesses, educação recebida, ...), as características do envolvimento microssocial em que se desenvolve o indivíduo (casa, família) a qualidade da relação familiar, as normas transmitidas, o modelo parental, a estrutura familiar e os estilos educativos (Gómez, 2001; Prazeres, 1998b; Settertobulte, 2000); amigos, vizinhos, ambiente laboral ou estudantil (a escola como promotora de comportamentos de

saúde, satisfação e bem-estar.); os fatores macrosociais que por sua vez moldam decisivamente os anteriores (o sistema social, a cultura dominante na sociedade, a influência dos grupos económicos e outros grupos de pressão, os meios de comunicação, as instituições oficiais, etc...); o meio físico (relações familiares, relações sociais próximas) e geográfico que influencia as condições de vida dominantes na sociedade e, por sua vez, sofre modificações pela ação humana (Bronfenbrenner, 1997).

O termo “comportamentos de risco”, já referido anteriormente, vem então de todos os comportamentos que são prejudiciais à saúde, incluindo entre outros o uso de substâncias tais como o álcool, tabaco e drogas, os comportamentos sexuais de risco, os comportamentos homicidas e/ou suicidas, a violência, as desordens alimentares e a delinquência (Oliveira, 2000).

Estes são assim formas específicas de comportamento que aparecem associadas ao aumento de suscetibilidade a uma doença específica ou à “doença-saúde” (Organização Mundial de Saúde, 1986). Os comportamentos de risco são usualmente definidos como “perigosos” com base em dados epidemiológicos e dados psicossociais. Por oposição a estes consideram-se comportamentos de proteção aqueles que têm um efeito que minimizam as situações de risco.

Os fatores de risco parecem ter um efeito não apenas aditivo, mas multiplicativo, de tal modo que a possibilidade de desenvolver uma perturbação emocional ou comportamental aumenta consideravelmente quando aumenta o número de fatores de risco que afetam o jovem.

Alguns autores (Coie, Bierman, Maumary-Gremaud & Miller-Johnson, 1993; cit. in Matos, 1997) referem que os fatores de risco potenciam a possibilidade de aparecimento de problemas de saúde mental sendo estes de uma gravidade e duração maiores. De acordo com os mesmos autores, estes fatores são organizados em diversas categorias, sendo estas: circunstâncias familiares (baixo estatuto social, conflitos familiares, doença mental, famílias numerosas, fracas ligações com os pais, desorganização familiar, modelos desviantes); dificuldades emocionais (abuso, apatia, imaturidade emocional, acontecimentos de vida stressantes, baixa autoestima, descontrolo emocional); dificuldades escolares (insucesso escolar, falta de interesse pela escola); contexto ecológico (desorganização comunitária, racismo, desemprego, pobreza extrema); problemas interpessoais (rejeição pelos pares, alienação ou isolamento) e défice de competências (baixo Q.I., défice de competências sociais, défice de atenção, dificuldades de aprendizagem, fracos hábitos e competências de trabalho).

Aspetos como a pobreza e a desvantagem social/nível socioeconómico em diferentes momentos da vida estão acompanhadas por um aumento do risco de psicopatologia. Um dos aspetos que tem um impacto crítico no diminuído desenvolvimento ótimo de muitas crianças tem a ver com a pobreza. Denota-se um ciclo natural nos ambientes empobrecidos que envolve um pior estatuto de saúde, abandono escolar e oportunidades de emprego limitadas. Este aspeto é confirmado através de provas, comparando a continuidade entre duas gerações, em cerca de metade das famílias em desvantagem socioeconómica em relação à inteligência, aproveitamento educacional, ocupação/trabalho, crime e desordens psiquiátricas (Garmezy, 1991b). Por outro lado, há investigação que demonstra que é pouco provável que os fatores de risco se encontrem na pobreza ou nas más condições de vida por si. (Rutter, 1996).

Um dos contextos sociais, a família e as características associadas, tem-se apresentado como um dos aspetos utilizados para operacionalizar o risco na investigação conduzida na área da resiliência (Gore & Eckenrode, 1996). Esta apresenta-se como um dos contextos mais importantes ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Consequentemente, é natural que os fatores e processos com ela relacionados se reflitam no ajustamento dos jovens. Estrutura física, social e psicológica das famílias e dos seus elementos são fatores relacionados e que podem ser determinantes para o encontro de dificuldades e, consequentemente, de desajustamento a vários níveis.

Fatores como sentimentos de ansiedade, medo, tristeza, receio, culpa, etc. proveem de situações consideradas como stressantes (Garmezy & Rutter, 1985; Ribeiro, 1998). Estes acontecimentos podem ser de natureza variada e vem desde problemas do dia-a-dia, baixo estatuto socioeconómico (Luthar & Zigler, 1991), perdas pessoais, relações interpessoais cronicamente perturbadas (Garmezy & Rutter, 1985), divórcio, abandono, abuso, alcoolismo, acidentes, doença, morte, assaltos, perda do emprego, mudanças significativas na vida (Grotberg, 1997), até aspetos relacionados com a saúde física, com a casa e a vizinhança, com os filhos, com a família alargada e com os amigos (Moss & Swindle, 1990; cit. in Matos, 1997), sendo estes percecionados como ameaças ao bem-estar.

Um fator de “*stress*” maior impacto terá, quanto mais fatores de risco existirem (Kaplan, 1999; cit. in Matos, 1997). O mesmo autor refere os problemas de saúde mental dos pais com o aumentar da probabilidade de que os acontecimentos stressantes deem, por sua vez, origem à depressão.

Forehand, Biggar e Kotchick (1996; cit. in Matos, 1997), referem que uma única fonte de “*stress*” na vida da família, independentemente do tipo (ex: divórcio, humor

deprimido dos pais), pode apresentar apenas um pequeno efeito, mas múltiplas ou várias fontes de “*stress*” podem acumular e levar a interferência com o ajustamento psicossocial das jovens famílias. É referido pelo mesmo autor que os resultados de alguns estudos vão no sentido de encontrar uma relação positiva entre o número de fatores de risco na família e os problemas de ajustamento social dos jovens.

Por outro lado, muitos investigadores começaram a estudar sistematicamente influências protetoras que produzam resiliência contra fatores de risco adversos.

Rutter (1987) refere que o conceito de fatores de proteção apresenta um efeito ativo na diminuição do impacto dos fatores de risco ou, por vezes, fatores associados a um ponto de viragem na trajetória desviante no sentido de um resultado mais adaptativo a longo prazo. Para além dos fatores familiares (competências parentais e comunicação positiva), a supervisão parental e a regulação das atividades dos jovens com o grupo de pares fora de casa foram identificadas como fatores que reduzem a delinquência em crianças educadas num envolvimento de alto risco (Patterson & Touthamer-Loeber, 1984; cit. in Matos, 1997).

Também se podem considerar as características intrínsecas da criança como sendo um efeito protetor contra o desenvolvimento de perturbações emocionais e comportamento, tais como um elevado mas realista autoconceito, um conjunto de competências (competências de comunicação interpessoal, de identificação e solução de problemas, competências de evitar envolvimento ligados ao risco) e o sucesso escolar (Matos, 1997a; Matos, 2001; Matos, 2002; Matos & Simões, 2003; Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 2003; Rutter, 1987; Werner, 1987; cit. in Oliveira, 2000). Para além destes, Jessor (1998; cit. in Oliveira, 2000) refere também como fatores protetores a valorização da capacidade de realização (“eu sou capaz”) e a valorização da saúde (“eu quero ter saúde”).

Benard (1995) descreve situações de proteção ligadas a uma vinculação social (facilitando uma filiação e uma autonomia), à participação social (associada a uma competência pessoal, a uma motivação intrínseca e à perceção de segurança pessoal) e a expectativas de futuro positivas (associadas à perceção de competência, segurança pessoal e acessibilidade).

Todos os indivíduos apresentam mais ou menos recursos, pessoais e ambientais, que os defendem do aparecimento de problemas. Estes recursos são colocados à prova em situações de “*stress*”, adversidade ou risco que induzem as pessoas ao encontro de consequências negativas. Mas nem sempre o encontro é uma realidade. Quando assim acontece, diz-se que se está perante indivíduos resilientes.

De acordo com a sua origem etimológica (do latim “*resiliere*”), resiliência quer dizer “saltar para trás”. Segundo Garmezy (1993), por definição a resiliência constitui uma qualidade elástica que envolve a capacidade de distender sob o efeito do “*stress*” e depois voltar ao normal.

Nas crianças, o atributo de resiliente envolve a capacidade de ultrapassar fatores de risco a que estão expostas e, conseqüentemente, evitar conseqüências negativas, tais como a delinquência, problemas de comportamento, desajustamento psicológico, dificuldades acadêmicas e problemas a nível físico (Hauser, Vieyra, Jacobson, & Wertreib, 1985).

A resiliência é um processo dinâmico que se vai desenvolvendo a partir das relações que se estabelecem com o meio ao longo da vida (Pereira, 2001). Mas há que ter em atenção que uma pessoa que seja classificada de resiliente numa determinada altura não implica que continue sempre a ter um bom ajustamento.

Como diz Werner (1989, 1994), para a resiliência é requerido um equilíbrio entre fatores de risco e de proteção, isto é, se existir um maior número de fatores de risco também são necessários mais fatores de proteção que os compensem. E são estes fatores de proteção que se podem desenvolver, estimular ou melhorar, para que seja possível fazer face a riscos que muitas vezes são extremamente difíceis e por vezes mesmo impossíveis de mudar.

A capacidade para ultrapassar as dificuldades, os problemas, os acontecimentos negativos, ou as adversidades em geral, é desenvolvida e alimentada por vários fatores.

Na literatura estes fatores surgem geralmente categorizados em três grupos: fatores de proteção individuais, familiares e comunitários (Garmezy, 1991a, 1993; Mangham, McGrath, Reid, Stewart, 1995a, 1995b; Werner, 1989). Esta divisão é geralmente denominada por a tríade protetora ou tríade da resiliência. Os fatores individuais englobam fatores como o temperamento, a capacidade de reflexão, e as competências cognitivas. Nos familiares, o afeto e a coesão familiar. Nos comunitários, o apoio de professores, de assistentes sociais ou instituições sociais (Garmezy, 1991a, 1993).

Fatores como os ambientais, familiares e comunitários, são assim fundamentais a este nível. Um dos papéis mais importantes dos fatores ambientais é o apoio social que se dá aos indivíduos que deles dispõem. Um dos fatores fundamentais para ultrapassar as adversidades consiste no apoio da família e amigo, sendo este apontado por Werner e Smith (2001; cit. in Simões, 2005). O apoio social traduz-se no conjunto de relações interpessoais do indivíduo que lhe fornecem um apoio emocional, apoio instrumental e

apoio informativo. O apoio emocional envolve uma ligação afetiva positiva, fonte de amizade, amor e confiança. O apoio instrumental apresenta-se no fornecimento de ajuda e serviços que assistam às necessidades do indivíduo. Relativamente ao apoio informativo, este envolve os conselhos, sugestões e informações relativamente ao próprio, às situações do dia-a-dia, mas também informações e avaliações relativas a uma situação de ameaça (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1998; House, 1981; cit. in Matos, 1997).

Sucintamente, os comportamentos saudáveis referem-se ao esforço consciente dos indivíduos com objetivo de manter a sua própria saúde e a de terceiros. Assim, numa relação de aconselhamento, os adolescentes podem ser ajudados a avaliar os benefícios e as desvantagens de determinados comportamentos, clarificar as motivações que estão na base das suas próprias condutas e encontrar alternativas de menor risco pessoal, fazendo opções e tomando decisões. (Prazeres, 1998^a)

Os comportamentos de risco para a saúde são assim o tabagismo, uma alimentação rica em gorduras, a ingestão de grandes quantidades de álcool, o consumo de substâncias psicopáticas ilegais ou fora de um contexto de vigilância médica. Como comportamentos de proteção da saúde temos p.e. a lavagem dos dentes, o uso de cinto de segurança, a prática de atividade física, a procura de informação relacionada com a saúde, a realização de um “*check-up*” regular e um adequado número de horas de sono por noite (Russell, 1986; cit. in Matos; 1997; Prazeres, 1998b; Frasquilho, 1998; OMS, 1985; cit. in Calelessa, 2009).

Entende-se então que a adolescência é o período onde este binómio de forças entre fatores de risco / fatores de proteção acontece com mais prevalência.

O conceito de adolescente tem origem na palavra latina “*adolescere*”, que significa mudança para adulto, verificando-se que esta transição sempre existiu, mas que este período temporal foi sendo alargado ao longo dos tempos (Simões, 2005).

A adolescência inclui o período de vida que vai até aos dias que o indivíduo vive com os seus pais e este facto se expande no tempo por diversos fatores, sendo estes, a maior liberalização, aceitação e tolerância dos costumes sociais, maior prolongamento dos estudos e consequentemente uma maior dependência económica (como o desemprego ou trabalho precário) (Braconnier & Marcelli, 2000).

Os desafios colocados nesta fase são a adaptação a toda uma nova condição biológica, a conquista de uma nova autonomia, o estabelecimento de novas relações interpessoais próximas e duradouras e a progressão académica entre outros (Carnegie

Corporation of New York, 1995; cit. in Simões, 2005; National Research Council, 1999; cit. in Dias, 2013).

A adolescência engloba assim um desenvolvimento progressivo de maturidade ao nível biológico, cognitivo, social e emocional (Casey *et al.*, 2010; Schulz, 2009; cit. in Gabriel, 2013).

Relativamente às mudanças biológicas, estas ocorrem no início da adolescência e englobam aspetos como a puberdade e o impacto criado no adolescente (aspetos como autoimagem e humor), tendo estas, impacto no desenvolvimento social e emocional do jovem (Steinberg, 2008).

Se as mudanças externas são óbvias e podem provocar ansiedade, entusiasmo ou orgulho no indivíduo cujo corpo está em transformação, as mudanças internas são igualmente profundas.

Internamente, as várias pesquisas no domínio das neurociências indicam que nesta primeira fase da adolescência o desenvolvimento cerebral é acelerado. As células cerebrais e o seu número quase que duplicam no espaço de um ano e são reorganizadas as redes neuronais, causando um impacto sobre a capacidade emocional, física e mental nas relações interpessoais (empatia, agressividade, comportamentos impulsivos) (Campbell, 2003; Patton & Viner, 2007; WHO, 2011; cit. in Dias, 2013).

Vários investigadores (Casey *et al.*, 2008a; Ernst *et al.*, 2006; Geier & Luna, 2009; Steinberg, 2008; cit. in Dias, 2013) sugerem que a adolescência é um período de ativação funcional de sistemas motivacionais e emocionais em que os sistemas pré-frontais corticais envolvidos na tomada de decisões racionais e nas ações não estão ainda totalmente maduros.

Novas ligações sinápticas são estabelecidas e estabilizadas, permitindo ao adolescente aprender e adaptar-se, abrindo caminho para a independência (Giedd *et al.*, 1999). No entanto, a plasticidade também aumenta a vulnerabilidade dos adolescentes em relação à tomada de decisões saudáveis, pois, uma vez que o seu circuito cerebral está ainda em formação, torna-se difícil pensar criticamente antes de fazer escolhas.

A adolescência é também um período de mudanças cognitivas (Eisenberg, Carlo, Murphy & van Court, 1995). O pensamento torna-se mais complexo, mais eficiente, desenvolve-se um raciocínio hipotético dedutivo que leva a sobrepor a barreira do concreto, levando a ideias mais abstratas, maior uso de metacognição e mudanças na forma de pensar (Steinberg, 1998).

Alem das alterações biológicas e cognitivas, ocorrem outro tipo de alterações: as emocionais (Matos, 2008; 2010). Estas mudanças envolvem transições na forma como os

indivíduos se veem a si próprios (identidade) e na sua forma de estar independente.

É na adolescência que acontecem também outros conflitos, como por exemplo um aumento das tensões sexuais, descrito por Sigmund Freud (1968). O autor descreve que esses conflitos podem ser internos, entre a consciência e as tentações, ou externos, entre o adolescente e os pais.

Por outro lado, Steinberg (1998; cit. in Simões, 2005), refere que como parte desta transição emocional se estabelece um sentido de autonomia, identidade e independência.

No caso da adolescência e no desenvolvimento desta, um dos fatores que surge como o mais relevante é o aspeto social. Coleman (1988) refere que o capital social consiste numa variedade de recursos sociais. Este tem origem nas relações que o indivíduo tem com os outros pertencentes a contextos significativos (família, bairro, igreja, escolar, equipa, etc.) e são especialmente determinados pela qualidade das relações interpessoais (Barber & Erickson, 2001; Coleman, 1988; Hagan, 1998; cit. in Simões, 2005).

Os indicadores chave do aspeto social incluem as relações sociais, o suporte social, redes sociais formais e informais, pertença a grupos, partilha de normas, expectativas, canais de informação, confiança, reciprocidade e empenho cívico e comunitário (Hagan, 1998; Morgan, 1999). Quando o aspeto social é positivo numa família e comunidade, estão abertas oportunidades para um crescimento ajustado em termos educacionais e culturais. Por outro lado, comunidades e famílias em desvantagem falham muitas vezes os processos de crescimento sustentado.

Um dos elementos chave neste processo são os pais (Fleming, 1993). É neste período que o adolescente é confrontado com duas necessidades paradoxais em relação aos pais: a separação e a dependência (Braconnier & Marcelli, 2000).

A separação é inicialmente psicológica, com um sentimento de desilusão em relação aos pais, onde estes não os escutam, não os entendem, não permitem o diálogo, levando a que deixem de ser vistos como os mais sábios e poderosos. É nesta desilusão que os adolescentes procuram modelos nos seus grupos de pares. Os progenitores passam a ser vistos como pessoas e não apenas como pais (Steinberg, 1998).

Fleming (1993) descobriu também num dos seus estudos que a conquista desta autonomia está relacionada com as perceções que o adolescente tem das atitudes e do amor que os pais têm para consigo. Quanto maior a perceção de que os pais encorajam a autonomia, maior será esta capacidade.

Devido ao facto de o adolescente procurar um reconhecimento, o grupo de pares ganha uma relevância maior que vem substituir a relevância dos pais (Muss, 1996).

O grupo de pares promove a formação de opiniões e atitudes, constitui um espaço de diálogo e apoio acerca dos seus problemas pessoais, escolares e profissionais, oferece múltiplas ocasiões de desenvolvimento de novas relações consigo próprio e com os outros, estimula a gestão de conflitos e o desenvolvimento de relações sociais gratificantes. No entanto, é também muitas vezes com o grupo de pares que se dão as primeiras “passas”, que se passam os primeiros “charros”, que se “vai para os copos”. O que tem um papel fundamental na construção da identidade e autonomia dos jovens. Muitos jovens fumam com os amigos, bebem com os amigos, consomem drogas com os amigos, mas, por outro lado, praticam desportos com os amigos, conversam com os amigos, pedem conselhos aos amigos (Matos, 1997).

O grupo de pares assume particular relevância, assumindo-se, de acordo com Claes (1985), como um fenómeno universal. Segundo Martins (1998; cit. in Simões, 2005), as relações sociais que se estabelecem no seio do grupo de pares são de máxima importância para o desenvolvimento da identidade do adolescente, uma vez que o grupo fornece uma série de experiências impossíveis de realizar em outros contextos, e também porque aspetos como o apoio instrumental e emocional são oferecidos pelo grupo, o que permite ao adolescente ultrapassar as tarefas de desenvolvimento com que é confrontado (Fonseca, 2002; Martins, 1998; cit. in Simões, 2005).

Torna-se natural esta aproximação aos amigos e aos grupos de pares e as ligações que se criam são decisivas no encontro da sua identidade porque permitem ao jovem experimentar diferentes papéis e possibilitam-lhe a estimação do desempenho (Coleman, 1985; Palmonari, Pombeni & Kirchler, 1992). O seu bem-estar fica bastante dependente da aceitação dos pares, da estima que estes revelam por ele, o que lhe possibilita sentir-se útil, valorizado pessoal e socialmente (Cruz, 2008).

Por outro lado, o grupo de pares pode ser também responsável por uma série de influências negativas, nomeadamente a adoção de comportamentos desviantes, comportamentos aditivos e o afastamento da escola, entre outros (Peixoto, Martins, Pereira, Amaral, & Pedro, 2001; cit. in Simões, 2005). Alguns estudos (Braconnier & Marcelli, 2000; Dahlberg, 1998; Prinstein *et al.*, 2001; Wills & Cleary, 1999; cit. in Simões, 2005), mostraram que a afiliação a certos grupos é um forte preditor de comportamentos de saúde de risco, pelo menos no que respeita ao consumo de substâncias e comportamentos violentos. Outras investigações (Lynskey, Fergusson, & Horwood, 1998; Prinstein, Boergers, & Spirito, 2001; cit. in Simões, 2005) também demonstraram que o

consumo de álcool, tabaco e drogas pelo grupo de pares está associado ao consumo de álcool, tabaco e drogas pelo adolescente.

Investigações semelhantes têm sugerido que o comportamento de amigos delinquentes está associado a comportamentos de agressão por parte dos adolescentes, isto quando ocorre afiliação a grupos de pares desviantes (Braconnier & Marcelli, 2000; Dahlberg, 1998; Prinstein *et al.*, 2001; cit. in Simões, 2005). Existem evidências que sugerem que comportamentos de risco do grupo de pares podem ser causais, ou seja que a afiliação com pessoas de risco está associada ao aumento dos comportamentos de risco dos adolescentes (Dahlberg, 1998; Willis & Cleary, 1999; cit. in Simões, 2005).

Os cenários privilegiados da vida social do adolescente (família, escola, grupo de pares, comunidade) desempenham assim um papel importante na construção da sua identidade, tendo os diferentes estilos de vida como fatores determinantes - os de índole individual ligados aos interesses, às atitudes e à educação; os de envolvimento ligados por um lado, à família, à escola e à comunidade onde se vive, e por outro, ao sistema social, cultural e político; por fim ligados ao nicho ecológico e geográfico, que influencia as condições de vida predominantes na sociedade (Matos *et al.*, 2000; cit. in Cruz, 2008).

Variáveis como o género e a idade também podem condicionar negativamente os fatores protetores ligados à saúde com o decorrer do crescimento (Cruz, 2008).

É aqui que o conceito de resiliência permite perceber por que existem diferenças de comportamento entre indivíduos, sendo de referir que o risco está sempre relacionado com a resiliência e que esta se traduz no ajustamento perante o risco (Cruz, 2008).

Estudando as diferenças inter-individuais em função da idade e do género, no que diz respeito a estratégias para lidar com os problemas, Barrón *et al.* (2002; cit in Cruz, 2008) identificaram dois tipos de estratégias: centradas no problema e centradas nas emoções. Segundo os autores, na adolescência utilizam-se mais estratégias centradas na emoção, tipicamente menos eficazes na abordagem e resolução de problemas. As raparigas adolescentes têm mais estratégias para lidar com problemas, mas que são, de uma maneira geral, menos eficazes. As adolescentes procuram mais o apoio social, enquanto os rapazes procuram mais a distração e a diversão (Barron *et al.*, 2002; cit. in Cruz, 2008).

Prosseguindo com o género, com a idade os rapazes tendem por um lado a culpar-se e por outro a reduzir a tensão, enquanto as raparigas tendem cada vez menos a procurar apoio e a refugiar-se em ilusões. Os rapazes tendem mais a ignorar os problemas, a guardá-los para si e a tentarem divertir-se, enquanto as raparigas buscam apoio ou se envolvem em algo improdutivo. Os adolescentes com mais alto bem-estar

têm maior facilidade em resolver problemas e procurar apoio, enquanto os adolescentes com menos bem-estar tendem mais a um envolvimento em algo improdutivo. Debruçando-se sobre a percepção de bem-estar na adolescência, Ryff (1989; cit. in Cruz, 2008) identifica como condições associadas a autoaceitação, o domínio do ambiente, a realização na vida, os compromissos com a vida, a autonomia e vinculação. A percepção de bem-estar aparece ainda associada à personalidade, à qualidade das realizações interpessoais, às relações familiares positivas, à autoestima e à ausência de sintomas clínicos.

As pessoas resilientes apresentam em geral: 1) um bom nível de competências sociais, 2) relacionamento interpessoal fácil, 3) boa capacidade de empreendimento e concretização de tarefas, 4) boa capacidade de identificação e resolução de problemas, 5) boa capacidade de planeamento e modificação de circunstâncias. Procuram ainda a obter o apoio de pares, pais e professores, e terão melhores resultados num ambiente de escola que apele à sua participação e mantenha um nível de exigência elevado (Grotberg, 1995; Werner & Smith, 2001).

Seguindo com este período da adolescência, é neste espaço que acontece um pico no consumo de substâncias (Dishion, Capaldi, Spracklen & Li, 1995; Gilvarry, 2000; Kandel, 1998).

O termo «substâncias» ou «drogas» pode incluir as drogas legais como o tabaco e álcool e as drogas ilícitas como a marijuana, cocaína, etc. (Weinberg, Rahdert, Collier & Glantz, 1998).

Assim segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), droga é *“toda a substância natural ou sintética que modifica o comportamento do organismo no qual é introduzida”* (Oliveira, 2000).

Ainda segundo a OMS, as diferentes drogas são normalmente agrupadas consoante os efeitos que produzem ao nível do sistema nervoso central. Assim refere-se três categorias diferentes: depressoras (ou psicodépticos) (Ópio, Morfina, Heroína, Metadona, Codeína); Estimulantes (ou psicanalíticos) (Anfetaminas, Cocaína, Cafeína, Nicotina); Perturbadoras (ou psicodislépticos) (Canábis - Haxixe e Marijuana - LSD/Solventes Voláteis/Álcool) (Oliveira, 2000).

Quanto aos tipos de consumidores, estes são três: 1) consumidor ocasional (ou experimentador): aquele que contacta esporadicamente com determinada substância, não há qualquer tipo de dependência e o indivíduo mantém a sua vida quotidiana de forma adequada; 2) consumidor habitual: neste caso existe já uma dependência de carácter psicológico, que leva o sujeito a procurar uma determinada substância em

determinadas ocasiões. O indivíduo tem necessidade da ocorrência de determinados tempos com características muito específicas (p. e. festas ou fins de semana com determinadas pessoas); 3) toxicodependente: a pessoa vive com e para a droga. Está já instalada a dependência psíquica e física. A droga passa a ser o centro das atenções, dos interesses e das necessidades. Nada mais tem importância (Oliveira, 2000).

Por fim, as razões ou motivações que levam os indivíduos ao consumo regular da droga, apresentam-se como: 1) curiosidade: esta leva os jovens a experimentar a droga para serem como os outros. Mas, apesar de tudo, não é considerada uma razão suficientemente forte para se passar aos consumos regulares; 2) aborrecimento/tédio: é uma manifestação psicológica que procura solução recorrendo ao uso de drogas; 3) procura de prazer: entende-se que através da droga se “mergulha” num mundo melhor, onde se vivem os sonhos e fantasias; 4) procura de comunhão: procura de amigos, de uma comunhão com os outros. Isto acontece devido a uma fraca personalidade, aos amigos, a atitudes comuns e aos produtos que favorecem essa comunicação ou comunhão; 5) procura do “fruto proibido”: o fascínio pelo interdito. Esta é uma das razões mais importantes na fase da adolescência; 6) rejeição dos valores tradicionais: esta é uma forma de contrariar tudo o que é aceite ou permitido socialmente; 7) fuga: fuga ao sofrimento, às dificuldades, à infelicidade (Glantz & Pickens, 1992; cit. in Oliveira, 2000).

Relativamente a estudos dentro neste âmbito, Hsu (1993; cit. in Oliveira, 2000) relaciona o consumo de drogas e a família, e diz-nos que as relações familiares podem contribuir grandemente para problemas associados com o consumo de drogas, e, por outro lado, podem também ajudar a prevenir e atenuar esses problemas.

O programa nacional de prevenção “Viva a escola” revela que determinados fatores estão relacionados com o uso de drogas, tais como: a pressão dos pares; o consumo de substâncias ilícitas a nível do próprio e do grupo parental; o grau de nocividade atribuído às substâncias lícitas e ilícitas e a acessibilidade às mesmas, satisfação e prazer associados a estas últimas; a situação e relações familiares; os tempos livres do indivíduo e da família; a situação e dificuldades na escola; os registos de abandono e de aborrecimento e certa sintomatologia depressiva a nível do próprio (Simões, 2005).

Mendonça, Matos e Motta (1977; cit. in Oliveira, 2000) apresentam um estudo realizado na Universidade de Coimbra, onde nos resultados se conclui que 4,8 % dos estudantes fizeram a sua experiência de consumo de droga uma vez ou mais, sendo que, a percentagem dos alunos que consomem regularmente é de 1,5%. Quanto à idade da 1ª

experiência, esta apresenta-se precoce, com uma incidência máxima entre os 14 e os 15 anos.

Quanto ao género, surge os rapazes com um número muito superior ao das raparigas (sensivelmente o dobro) quanto à utilização de drogas. Este estudo é corroborado por outros autores (Hanssem & O'Malley, 1996; Matos, Simões, Carvalhosa *et al.*, 2000; Sells & Blum, 1996).

Quanto às drogas mais utilizadas surgem em 1º lugar a marijuana e o haxixe (estes dois bastantes distanciados dos outros), seguindo-se anfetaminas, LSD, tranquilizantes, ópio, cocaína e cola (Hansen & O'Malley, 1996).

Em relação às motivações ou razões para o consumo de aditivos, as três razões mais apontadas para as pessoas se drogarem são: porque querem experimentar (curiosidade); por estarem na companhia de amigos que também se drogam; porque se sentem sós e não poderem passar sem ela. No entanto, a razão mais apontada para as pessoas não se drogarem é o facto de não quererem (Carrilho, Patrício, 1995; cit. in Oliveira, 2000).

Quanto ao álcool, apesar de algum desconhecimento, este é também considerado uma droga psicotrópica, pois ele atua no sistema nervoso central, provocando uma mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência. O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Esse é um dos motivos pelo qual ele é encarado de forma diferenciada quando comparado com as demais drogas. Apesar de sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema. Além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada a episódios de embriaguez, o consumo de álcool a longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. Assim o consumo inadequado do álcool é um importante problema de saúde pública, especialmente nas sociedades ocidentais, que de forma mais curativa do que preventiva, abrange altos custos para sociedade e envolve questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares (<http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/alcool.htm>).

Relativamente a estudos dentro deste âmbito, Gomes (1995) refere que os estudantes inquiridos, na sua maioria, referem não beber. Dos que já provaram uma bebida alcoólica, dizem ser menos do que uma vez por mês. Ressaltou também que 11% já ficaram embriagados.

Outro aspeto referido no mesmo estudo é que os jovens referem que cada vez mais existem menos diferenças entre rapazes e raparigas, existindo rapazes e raparigas

que bebem muito e rapazes e raparigas que não ingerem álcool. Os jovens referem o consumo de álcool com os pares por curiosidade, por modelo parental, para se embebedarem, etc. Tanto rapazes como raparigas referem que as raparigas que bebem, bebem mais do que os rapazes. Frase de uma rapariga: *“Eu acho que cada vez existem menos diferenças entre os rapazes e as raparigas; em relação ao álcool, acho que já não há diferenças”* (Gomes, p.181, 1995). Mesmo assim, outros autores reforçam que há um maior consumo por parte dos rapazes (Windle & Davies, 1999; Gabhainn & Francois, 2000; Harrel *et al.*, 1998; Matos, Simões, Canha & Fonseca, 2000; Matos, Simões, Carvalhosa *et al.*, 2000; Mitchell *et al.*, 1999; Reardon & Buka, 2002; Sells & Blum, 1996; cit. in Simões, 2005).

Quanto ao nível socioeconómico dos pais, os resultados são divergentes.

O Ministério de Educacion y Ciência (19991), refere que jovens de estatuto socioeconómico mais elevado consomem menos bebidas alcoólicas em relação aos descendentes de famílias com um estatuto socioeconómico mais baixo. Por outro lado, Mullan e Currie (2000) referem que não há associação entre estas duas variáveis.

As plantas do género *Nicotiana L.* (Solanaceae) que advém da América do Sul, são as que dão o nome ao que a sociedade geralmente designa de tabaco. É destas plantas que é extraída a substância chamada nicotina. Começando com a ideia de que o tabaco tinha um efeito medicinal, esta nos dias de hoje deu lugar a um combate à sua dependência química. Não se justifica a utilização da expressão droga lícita para designá-lo, pois a aplicação terapêutica do tabaco na sociedade atual só é feita como forma de suavizar os danos causados pelo próprio no que tange à dependência químico-psicológica.

Existe um alto consumo de tabaco ao nível da população adolescente (King *et al.*, 1996; Ministério de Educacion y Ciência, 1991; Ogden, 1996; WHO, 2002, Ariza-Cardenal & Nebot-Adell, 2002; Perry & Stauffer, 1996; Prokhorov, Hudmon, & Stancic, 2003).

Quanto aos fatores sociodemográficos, num dos estudos, nos jovens inquiridos observou-se que a maioria não fuma, mas cerca de 39%, já o fez. Os que fumam presentemente consomem 1 a 20 cigarros por semana. Relativamente ao sexo, não se encontraram diferenças significativas (Matos, 1997).

Em 1993 realizou-se um estudo em todas as capitais de distrito do país, em escolas secundárias, com o objetivo de avaliar o índice de consumo de tabaco, denotando-se uma prevalência de fumadores (12,9%) mais elevada no sexo masculino (14,6%) do que no sexo feminino (11,3%) com $p < 0,05$ (Matos, 1997).

Com o aumento da idade observou-se um aumento significativo de estudantes fumadores em ambos os sexos (Matos,1997).

Observou-se em outros estudos também, que o sexo feminino é o mais fumador, mas esta diferença só é significativa após os 17 anos (Lambert, Hublet, Verduyck, Maes &Van den Broucke, 2002).

Quanto ao estatuto socioeconómico, os estudos são mais incongruentes. Há estudos que mostram que os jovens com baixo estatuto socioeconómico apresentam um maior consumo de tabaco (Lambert *et al.*, 2002; Harret *et al.*,1998; Perry & Stauffer, 1996) mas há outros em que não há relação entre estas duas variáveis (Mullan & Currie, 2000) ou ainda que o consumo de tabaco esteja ligado ao dinheiro que os jovens tem disponível para gastar (Ariza-Cardenal & Nebot-Adell, 2002; Scragg, Laugesen, & Robinson, 2002).

Passando a outro comportamento de risco, o associado aos comportamentos sexuais, sabe-se que a sexualidade deve ser considerada nos seus múltiplos aspetos, é uma área de grande importância no desenvolvimento e tem influência sobre a saúde física, saúde mental e qualidade de vida dos indivíduos. O VIH/SIDA juntando-se a outros riscos ligados a práticas sexuais, como a gravidez não desejada, fez com que a sexualidade passasse a ser considerada como uma questão de urgência social e epidemiológica e como um fator que pode influenciar diretamente a saúde dos indivíduos (Ogden, 1999).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde reformulou este conceito, denominando-a como *"um aspeto central do ser humano, que acompanha toda a vida e que envolve o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Se a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem sempre todas elas são experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais"* (Organização Mundial de Saúde, 2002; cit. in Dias, 2013).

Os estudos evidenciam que a vida sexual ativa se inicia frequentemente na fase da adolescência (Avery & Lazdane, 2010; WHO, 2011; cit. in Dias, 2013). A idade de início das relações sexuais é considerada um indicador importante em termos de saúde sexual e reprodutiva, uma vez que os adolescentes podem não ter ainda alcançado a maturidade biológica (especialmente preocupante no caso das raparigas), bem como a maturidade emocional e cognitiva necessária para viverem a experiência da primeira

relação sexual (Halpern *et al.*, 2000; cit. in Dias, 2013).

Nesta fase, é habitual acontecerem as primeiras relações amorosas que, apesar de não serem sempre planeadas, muitas vezes conduzem o adolescente à primeira experiência sexual (Reis, Ramiro, Carvalho & Pereira, 2009).

Uma grande variedade de fatores epidemiológicos são responsáveis pelo risco de os adolescentes adquirirem doenças sexualmente transmissíveis (DST's). A idade é apontada como passível de um aumento dos riscos de infeção. Quanto mais cedo se começa o percurso sexual maiores são os riscos. Isto poderá ter a ver com o facto de quanto mais cedo se começa a vida sexual, maior possibilidade haverá de haver mais parceiros sexuais, o que contribui para aumentar os riscos.

Nas últimas décadas, tem-se constatado que o número de jovens que inicia a sua atividade sexual antes dos 15 anos é cada vez mais expressiva (Bearinger, Sieving, Ferguson & Sharma, 2007; Glaiser, Gülmzoglu, Schmid, Moreno & Look, 2006; cit. in Dias, 2013).

Em termos europeus, a percentagem de adolescentes de 15 anos que afirma ter tido relações sexuais é muito díspar, variando entre 12% na Eslováquia e 38% na Bulgária e na Dinamarca (WHO, 2011); quanto à idade da primeira relação sexual, variava (em 2002) entre 13.5% na Lituânia e 14.6% na Ucrânia (Currie *et al.*, 2004).

Os dados nacionais mais recentes apontam para a idade da primeira relação sexual, em média, aos 14 anos ou mais tarde, sendo que entre os adolescentes de 13 (8.º ano) e 15 anos (10.º ano) cerca de 22% afirmam já ter tido relações sexuais (Matos, Simões, Tome, Camacho, Ferreira, Ramiro *et al.*, 2012).

Quanto ao género têm-se constatado diferenças entre estes, quer para a prevalência de relações sexuais, quer para a idade da primeira relação sexual: os rapazes mais frequentemente têm relações sexuais do que as raparigas tanto na Europa como em Portugal (Currie *et al.*, 2012); as raparigas iniciam mais cedo em Portugal, enquanto são os rapazes que iniciam mais cedo na Europa (Currie, Roberts, Morgan, & Smith; 2004; cit. in Dias, 2013).

Não só a idade e o número de parceiros sexuais, mas também o uso de contraceptivos e o consumo de drogas ilícitas influenciam o risco de contágio.

Um estudo com a amostra de jovens portugueses do Health Behaviour in School-aged Children realizado em Portugal, com 3634 jovens que frequentavam o 8º e 10º ano de escolaridade, demonstrou que da amostra total, 7.1% refere que eles ou os seus parceiros sexuais não utilizaram o preservativo na última relação sexual (Matos & Aventura Social, 2003; cit. in Matos, 2005).

Há que ter então em consideração que em adolescentes sexualmente ativos, a utilização do preservativo de um modo consistente representa a forma de prevenção mais eficiente (Cates & Stone, 1994 cit. in DiClemente, Hansen & Ponton, 1996; Shafii, Stovel, Davis & Holmes, 2004; Shaffi, Stovel & Holmes, 2007; cit in Dias, 2013).

. Apesar de se constatar uma tendência para o aumento da utilização do preservativo entre adolescentes verifica-se que ele é ainda utilizado de forma muito inconsistente (a percentagem de adolescentes que utiliza o preservativo em todas as relações sexuais é extremamente baixa), o que sugere que os adolescentes continuam a constituir um grupo de risco para as doenças sexualmente transmissíveis (Moore, Rosenthal & Mitchell, 1996; Linday, Smith & Rosenthal, 1997; cit. in Simões, 2005; Baele, Dusseldorp & Maes, 2001; Diiorio *et al.*, 2001; Kirby, van der Sluijs & Currie, 2010; Robin *et al.*, 2004; cit. in Dias, 2013).

Em termos nacionais, 82.5% dos adolescentes de 13 e 15 anos reportaram o uso do preservativo na última relação sexual (Matos *et al.*, 2012). Num outro estudo desenvolvido em Portugal, 78% dos rapazes e 67% das raparigas reportaram o uso do preservativo na última relação sexual (Vilar & Ferreira, 2009), reportando algumas melhorias ao nível de valores.

Os dados obtidos no inquérito realizado por Linday, Smith e Rosenthal (1997) corroboram também esse aspeto e demonstram que o preservativo começou gradualmente a ser utilizado de forma mais consistente (no inquérito de 1997, 54% dos adolescentes utilizaram sempre o preservativo, em relação a 43% dos adolescentes do inquérito de 1992). No entanto, uma análise mais atenta mostra que ainda existe uma grande percentagem de adolescentes que continua a utilizar o preservativo de forma inconsistente (37% dos adolescentes apenas utiliza o preservativo algumas vezes e 9% nunca o utiliza). O relatório refere também outros dados menos otimistas como o facto de que os adolescentes mais novos têm mais relações sexuais com parceiros casuais do que os mais velhos (78% e 57% respetivamente). O “Youth Risk Behavior Surveillance” (Kann, Kinchen, Williams *et al.*, 2000; cit. in Matos, 2005) permitiu também obter dados relativamente à utilização do preservativo. Neste inquérito, 58% dos estudantes afirmou que tinham utilizado o preservativo na última relação sexual. No entanto, os rapazes (65.5%) utilizam mais o preservativo do que as raparigas (50.7%).

A facilidade em comunicar sobre aspetos sexuais, a capacidade de negociação e a autoeficácia para exigir o uso de preservativo são assim fatores que também estão fortemente associados à utilização do preservativo (Diclemente & Lawrence, 1996).

No *site* saúde.sapo.pt (13-02-2007), da responsabilidade editorial do blog de Kaska & Deskaska, pode ler-se que num estudo efetuado com adolescentes que 73% das raparigas e 50% dos rapazes admitiu ter mantido relações sexuais pela primeira vez porque se sentiram pressionados e apenas 11% das raparigas e 6% dos rapazes escolheram o amor como razão para iniciarem a sua vida sexual.

Estudos recentes apontam também para uma provável associação entre o consumo de álcool e drogas e a prática de comportamentos sexuais de risco. Os dados obtidos no questionário aplicado por Lindsay, Smith e Rosenthal (1997) sugerem que os adolescentes que consomem álcool reportam uma maior dificuldade na prática de “sexo seguro” e a “dizer não” a relações sexuais não desejadas. Verificou-se que cerca de 20% dos adolescentes que não utilizou preservativo na sua última relação sexual referiu que estava demasiado alcoolizado ou drogado para o fazer, tendo sido verificado também esse aspeto por outros autores (Eaton *et al.*, 2005; Martins, 2010; cit in Dias, 2013).

Os comportamentos sexuais são influenciados por múltiplos fatores tais como fatores biológicos (como a idade do início da puberdade), características psicossociais (como a personalidade), fatores socioculturais (como as normas específicas de cada género no que se refere ao significado de ter relações sexuais, a influência do contexto familiar, das relações entre os pares e dos contextos sociais de aprendizagem formal e informais) (Mcneely *et al.*, 2002; cit. in Matos, 2005).

Tem crescido o interesse em compreender também o impacto que o ambiente familiar assume na adoção e manutenção de comportamentos protetores ou de risco para a saúde dos adolescentes e, mais especificamente, para a saúde sexual (DiClemente *et al.*, 2001; Small & Luster, 1994; cit. in Dias, 2013).

O ambiente familiar não é uma dimensão unitária, sendo pelo contrário, construído com base em fatores psicológicos e sociais. As características familiares, como as características parentais (composição familiar, educação, nível de violência/abuso, e estatuto socioeconómico), as relações pais/adolescentes (qualidade da relação familiar, proximidade, estilos parentais, supervisão, comunicação e autonomia), modelos parentais no que respeita a atitudes e valores face aos comportamentos sexuais (como a religião, atitudes perante o sexo) têm sido identificados como influenciando as atitudes e comportamentos sexuais de baixo ou alto risco para a saúde dos jovens (DiClemente *et al.*, 2001; Mcneely, *et al.*, 2002; Huebner & Howell, 2003; Hutchinson, Jemmott, Braverman & Fong, 2003; cit. in Dias, 2013).

A influência parental nos comportamentos sexuais dos filhos depende em larga medida da qualidade da relação que os pais estabelecem com os seus filhos (Meschke,

Bartholomae & Zenthall, 2002; cit. in Dias, 2013). Parece existir uma associação positiva entre os adolescentes que percebem que têm uma boa relação familiar e o início das relações sexuais mais tardio (Huebner & Howell, 2003; cit. in Dias, 2013). Um estudo realizado por Dittus e Jaccard (2000; cit. in Dias, 2013) demonstrou que uma relação satisfatória entre pais e filhos estava associada a menos envolvimento em relações sexuais, maior utilização de contraceptivos numa relação sexual e a uma menor probabilidade de engravidar no ano seguinte ao estudo.

Investigações sugerem que a percepção por parte dos adolescentes de um menor controlo parental tem estado associada com a participação em mais comportamentos antissociais, maior consumo de substâncias e mais comportamentos sexuais de risco (DiClemente *et al.*, 2001; Rodgers, 1999; Jacobson & Crockett, 2000; cit. in Dias, 2013). Resultados de estudos parecem demonstrar que o controle e supervisão parental tende a promover um atraso no início das relações sexuais, um menor número de parceiros sexuais e uma maior utilização de contraceção (Meschke, Bartholomae & Zenthall, 2002; Rodgers, 1999; Huebner & Howell, 2003; cit. in Dias, 2013).

Um outro comportamento de risco a referir, está ligado à violência/delinquência.

Lassalle (1997) define violência como sendo o abuso da força, sendo geralmente entendida pelo ato de se agir sobre alguém ou de o fazer agir contra a sua vontade empregando-se meios brutais.

A violência pode ser exercida tanto a nível físico como psicológico (Plougnand, 1998, Verterdal, 1980; cit. in Matos *et al.*, 2003), sob a forma de comportamentos ativos, tais como a crueldade mental, espancamento, abuso sexual, sequestro, rejeições, entre outros, tal como através de comportamentos passivos, nomeadamente, falta de cuidados, indiferença, não satisfação de necessidades vitais e falta de afeto.

Em todos os grupos sociais aparecem casos de maus tratos, embora nas classes sociais mais desfavorecidas surjam com maior frequência devido às dificuldades económicas associadas às más condições habitacionais, ausência ou baixo nível de instrução escolar, assim como da promiscuidade e desorganização da vida profissional, social e familiar (Canha, 2000; Magalhães, 2002; cit. in Monteiro, 2004).

Alguns autores (Algan, 1980; Ausloos, 1976/77; cit. in Monteiro, 2004), defendem que as crianças que não recebem amor e atenção dos pais, que não recebem incentivos e, pelo contrário, se sentem constantemente desvalorizadas, inferiorizadas, tendem a desenvolver uma falta de confiança em si e nos outros, tornando-se inseguras, ansiosas e agressivas, criando uma autoimagem negativa.

Qualquer criança reagirá com violência àquela a que ela própria é sujeita, perdendo o seu potencial sentido reparador, identificando-se com o agressor (Stretch, 2000; Monteiro, 2004). A aprendizagem por observação/imitação é um dos métodos mais eficazes. Se a criança apenas teve acesso à violência como forma de relacionamento, vai ser esse o seu comportamento para se impor face às outras crianças e adultos na sua infância e na sua adolescência, perpetuando sobre a geração seguinte a sua própria vivência traumática.

O adolescente pode manifestar comportamentos recetivos desajustados que incluem o comportamento aditivo e a delinquência juvenil por este não ser capaz de gerir mais do que um problema de cada vez (Coleman, 1994; cit. in Matos, 1998), ou pode estar associado a uma deterioração das condições de vida do grupo social/família.

A falta de habilidades sociais e os traços antissociais dos pais são considerados importantes fatores de risco familiar (Petternsom & Bank, 1989; Ballone, 2001; cit. in Monteiro, 2004). Pais com traços de personalidade antissociais, além de não transmitirem uma imagem correta aos filhos, podem ter dificuldades para demonstrar aprovação e incentivo nas boas atitudes dos filhos, não respeitarem a autonomia e espaço social destes, além de disciplinarem inadequadamente, com excesso de permissividade quando devem ser mais fortes e exageradamente agressivos quando não precisam (Ballone, 2001; cit. in Monteiro, 2004).

Também o ambiente social pode ser determinante para a delinquência. De acordo com alguns autores (Azevedo, 1981; Socczka, 1985; cit. in Matos *et al.*, 2003) são vários os fatores sociais que fazem com que a delinquência seja maior em meio urbano, nomeadamente as condições precárias de habitabilidade, a ausência de espaços de lazer, a elevada densidade populacional com pouca instrução e predominantemente desempregada e famílias numerosas com baixo rendimento económico.

Na perspetiva de Miller e Olson (2000; cit. in Matos, 2005), os jovens com problemas de comportamento evidenciam-se por agressões verbais e físicas contra outras crianças e por fracas capacidades sociais. À medida que crescem, na sua maioria, são rejeitadas pelo grupo de pares. No entanto, alguns podem até ser bastante populares (Rodkin, Farmer, Van Acker & Van Acker, 2000; cit. in Matos, 2005). Quando entram na escola, algumas crianças com problemas de comportamento podem agredir, ou mesmo excluir, os seus colegas, padrão este que surge associado com os comportamentos anti-sociais (Mash & Wolfe, 2002; cit. in Matos, 2005). As amizades que os jovens com problemas de comportamento estabelecem são, na sua maioria, baseadas numa mútua atração por indivíduos com comportamentos antissociais (Vitaro, Brendgen & Tremblay,

2000; cit. in Matos, 2005). Para Moffitt (1993; cit. in Matos, 2005), comportamentos antissociais precoces e uma associação com grupo de pares desviantes parece ser um dos preditores mais importantes no surgimento de problemas de comportamento durante a adolescência. O envolvimento torna-se progressivamente estável durante a infância, e poderá sustentar a transição para atos criminais na adolescência, tais como roubo, vadiagem ou abuso de substâncias (Patterson, 1996; cit. in Matos, 2005).

Transitando para um aspeto específico dos comportamentos violentos, nos últimos anos muita literatura se tem produzido sobre a intimidação/*bullying* na escola (Sullivan, 2000; Matos & Carvalhosa, 2001; cit. in Matos, 2005).

Ao entrar na literatura na área da intimidação/*bullying* no local de trabalho, depara-se ainda com o problema da definição, já mais amplamente debatido e consensual na área da intimidação/*bullying* no ambiente escolar (Olweus 1991; cit. in Matos, 2005). Assim de acordo com Rayner e Hoel (1997; cit. in Matos, 2004), intimidação/*bullying* refere-se, em meio escolar, ao facto de um aluno: (a) ser repetidamente criticado ou posto em causa, em geral com uso de uma linguagem gritada e ofensiva, (b) ser vigiado de perto com o objetivo de controlo da sua ação no espaço laboral, (c) ter acesso a uma informação precária ou ambivalente que dificulta, lentifica ou mesmo impede uma boa prestação profissional, e que outras vezes dificulta a inserção social no espaço de trabalho, ridiculariza ou humilha o aluno.

O *bullying* é caracterizado por um comportamento repetitivo, malicioso, e agressivo que tem como objetivo intimidar o outro, que geralmente é mais fraco fisicamente ou tem uma característica que o torna mais vulnerável. Autores há que referem que poderão existir problemas relacionados com o consumo de substâncias (Carlyle & Steinman, 2007) ou problemas de comportamento associados e grupo de pares envolvidos em comportamentos de risco (Glew, Fan, Katon & Rivara, 2008).

Se este tipo de comportamento tiver uma intencionalidade específica de criar mal-estar e ocorrer de forma contínua ao longo do tempo, existindo um desequilíbrio de poder entre as partes envolvidas, será considerado um caso de *bullying*/provocação (Matos, 2003).

É ainda considerado intimidação/*bullying*: 1) ignorar sistematicamente qualquer boa prestação ou reconhecimento público de um aluno, enquanto rumores são céleres a espalhar notícias, distorcidas e descontextualizadas, ampliadas e ridicularizadas da mínima prestação menos boa; 2) ridicularizar ou ignorar sistematicamente opiniões de um aluno; 3) interromper sistematicamente o discurso usando uma maior altura de voz ou um

tom intimidante; 4) estabelecer prazos impossíveis, introduzindo obstáculos na realização do trabalho para garantir o seu fracasso.

Ao nível da dimensão escola e de seus espaços, o recreio, sendo o espaço mais povoado e menos vigiado do ambiente escolar, é o local onde ocorrem mais agressões e atos violentos, é o local onde ocorre um dos tipos de violência existente na escola, entre os jovens, designado por “*bullying*” ou “provocação/vitimização” (Matos, 2005).

No estudo de Carvalhosa *et al.* (2001; cit. in Matos, 2005) realizado em 191 escolas nacionais, de ensino regular, aos alunos do 6º, 8º e 10º anos, 47,4% dos inquiridos afirmavam já ter sido vítimas de “*bullying*” e 36,2 % já terem provocado colegas mais novos ou mais fracos. Foram também apontadas como características dos agressores: maiores índices de violência fora da escola do que as vítimas, piores relações com os pais do que o grupo sem envolvimento, melhores relações com os seus pares, mais sintomas de depressão e queixas de sintomas físicos e psicológicos, maiores consumos de álcool, tabaco e drogas, mais prática de exercício físico e melhor imagem corporal do que o grupo sem envolvimento, atitudes mais desfavoráveis face à escola comparativamente às vítimas e menos expectativas de futuro comparadas com o grupo sem envolvimento, mais idade - alunos mais velhos - e mais escolaridade do que as vítimas.

A vítima, de acordo com Boulton e Smith (1994, in Carvalhosa *et al.*, 2001), é alguém com quem frequentemente implicam, ou a quem batem, ou que arreliam, ou a quem fazem outras coisas desagradáveis sem uma boa razão. Assim, em relação a esta, o seu sofrimento pode ser não só físico, como também psicológico ou ambos, tendo este resultado de formas de agressão como: o bater, o empurrar, o tirar dinheiro, chantagear ou ameaçar, chamar nomes, contar histórias assustadoras/intimidatórias, praxar violentamente e/ou excluir sob a forma de marginalização social.

Estas apresentam como características piores relações com os pares e com os pais quando comparadas com o grupo sem envolvimento, consomem menos drogas, tabaco e álcool, apresentavam mais sintomas de depressão e queixas de sintomas físicos e psicológicos, praticam mais exercício físico e tem melhor imagem corporal, tem uma atitude mais favorável em relação à escola do que o grupo sem envolvimento, apresentam menos expectativas de futuro, é o grupo dos mais novos e tem menos escolaridade do que os agressores (Carvalhosa *et al.*, 2001; cit. in Matos, 2005).

Em relação ao género, alguns estudos revelam que são os rapazes que mais se envolvem no “*bullying*”, tanto como vítimas como agressores (Kuther & Fisher, 1998; Matos & Carvalhosa, 2001; Olyweus, 1994, cit. in Carvalhosa *et al.*, 2001; cit. in Monteiro,

2004). Em relação à idade, são os alunos mais novos que são frequentemente as vítimas e a frequência de serem ameaçados diminui à medida que aumenta a idade (Matos & Carvalhosa, 2001; Olyweus, 1994; Sullivan, 2000; cit. in Carvalhosa *et al.*, 2001; cit. in Monteiro, 2004; Espelage & Holt, 2001; Nansel *et al.*, 2001; Scheithauer, Hayer, Petermann & Jugert, 2006; Salmivalli & Kaukiainen, 2004; cit. in Camacho, 2011).

Também de acordo com os resultados a nível nacional, do estudo HBSC 2002 (Matos *et al.*, 2003), constata-se que são os rapazes que mais provocaram, e que foram os rapazes e os mais novos que mais foram provocados (Monteiro, 2004).

2. Metodologia

Neste segundo capítulo da primeira parte do trabalho faz-se uma conceitualização do estudo que foi realizado sendo descritos os objetivos de estudo, as hipóteses que foram colocadas, o contexto onde o estudo foi realizado, os participantes envolvidos, os procedimentos utilizados e o instrumento de recolha dos dados.

2.1 Objetivo de Estudo

Este estudo teve como objetivo, investigar e determinar qual o comportamento de risco mais relevante a ser caracterizado no contexto escolar da escola E.B c/JI D.Carlos I.

Foram também caracterizados os diferentes comportamentos de risco, sendo estes, o consumo de substâncias (álcool, drogas, tabaco), comportamentos sexuais de risco e violência em função do género, idade e estatuto socioeconómico dos alunos, isto é, tentar perceber até que ponto estas variáveis afetavam a adoção destes comportamentos.

2.2 Hipóteses

De modo a contextualizar e uniformizar as hipóteses, estas basearam-se em estudos nacionais, que foram feitos anteriormente, sendo o primeiro realizado em 1997/1998, pela equipa Aventura Social (Matos, Simões, Reis & Canha, 2000); o segundo no ano de 2002 (Matos & Equipa Aventura Social, 2003); o terceiro em 2006 (Matos *et al.*, 2006) e o quarto em 2010 (Matos *et al.*, 2011; 2012; cit. in Ramiro, 2013).

O estudo HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) é um estudo de investigação e monitorização, com o objetivo de informar e dar suporte a políticas de promoção e educação para a saúde, nos programas e intervenções dirigidos a adolescentes, tanto a nível nacional como internacional.

A finalidade original do estudo tem-se mantido ao longo dos anos, enquadrando-se numa abordagem dos estilos de vida dos adolescentes, de forma a aumentar a compreensão dos respetivos comportamentos de saúde/bem-estar, na sua relação com os diversos contextos sociais, através da recolha de dados entre diferentes países.

Deste modo é possível comparar os dados não só entre regiões do país como

entre os vários países participantes ao longo do tempo (Roberts, Currie, Samdal, Smith, Maes, 2007). Com o decorrer dos diversos estudos, foram formulados vários objetivos.

Os objetivos do HBSC não contemplam contribuir para o desenvolvimento da teoria (embora esta possa ocorrer essencialmente ao nível das ciências comportamentais e sociais, as quais constituem a orientação teórica do estudo), sendo então o objetivo primordial do estudo influenciar a promoção da saúde e a educação para a saúde nas escolas e entre os jovens em geral. O projeto será efetivo se influenciar as políticas de promoção da saúde da OMS e dos países, regiões, municípios ou comunidades, e consequentemente, a própria saúde; adquirir novos conhecimentos ou conhecimentos mais aprofundados para aumentar a nossa compreensão sobre os comportamentos relativos à saúde e estilos de vida das crianças e adolescentes em idade escolar; ajudar o modo destes jovens se aperceberem da saúde em si; apresentar recomendações de ações futuras de promoção da saúde nas escolas, municípios e vizinhanças, a implementar, ações essas que devem ter em vista a influência de condições objetivas. É necessário para tal realizar um conhecimento claro sobre o modo de influenciar os estilos de vida dos jovens através da realização de mudanças nas condições de envolvimento objetivas. A realização de estudos frequentes dá-nos a possibilidade de avaliar e monitorizar a mudanças realizadas (o sucesso das ações implementadas) e as tendências ao longo do tempo ao nível dos comportamentos relativos à saúde no país em particular e, mais amplamente, relacionar estas mesmas mudanças com as ocorridas nos outros países.

Assim as hipóteses levantadas foram escolhidas e baseadas em variáveis que tinham sido estudadas nesses mesmos trabalhos anteriores, sendo então estas:

H0: o comportamento de risco varia consoante a idade

H1: o comportamento de risco varia consoante o género

H2: o comportamento de risco varia com o estatuto socioeconómico do aluno

2.3 Amostra

Para a definição da amostra deste estudo considerou-se vantajoso representar a população em que era mais suscetível de ocorrerem comportamentos de risco, neste caso a adolescência, período este que se inicia a partir dos 12 anos de idade.

Assim para amostra, foram selecionados todos os 430 alunos, que estavam compreendidos entre os 7^{os}, 8^{os}, 9^o anos de escolaridade e cursos profissionais da escola E.B c/JI D. Carlos I no ano letivo de 2008/2009. A amostra incluiu 6 turmas do 7^o ano, 6 do 8^o ano, 5 do 9^o ano e 5 turmas dos cursos profissionais.

As idades dos indivíduos da amostra situa-se entre os 12-18 anos, intervalo este que foi selecionado neste formato porque no ver da equipa de investigação incluía a iniciação e a fixação de determinados comportamentos de risco.

A seleção das turmas foi feita de forma aleatória, apenas utilizando a referência do horário da disciplina da Formação Cívica (hora em que os questionários seriam aplicados aos alunos) como fator de escolha.

2.4 Instrumentos de recolha e tratamento de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário. Este foi adaptado do questionário HBSC de 2006 em algumas perguntas e outras perguntas foram construídas pelo núcleo, indo estas ao encontro do que era realmente importante para o estudo pretendido.

Quanto ao questionário HBSC, este nasceu de um inquérito realizado em 1982 a nível nacional sobre comportamentos relativos à saúde de crianças em idade escolar em 3 países: Inglaterra, Finlândia e Noruega. Posteriormente o projeto foi adotado pela organização Mundial da Saúde na Europa como o Estudo Colaborativo da OMS. Portugal juntou-se a esta iniciativa em 1993-94 (Gomes, 1995).

Como instrumento de recolha de dados, este é utilizado como um inquérito *standard*, que é aplicado a crianças em idade escolar, após ter sido cuidadosamente traduzido para a língua nacional.

Para “*timing*” de recolha, é definido como período ótimo que a recolha de dados seja realizada em intervalos regulares: de quatro em quatro anos, com a realização de inquéritos especiais entre estes, com os seguintes objetivos: oportunidades das equipas nacionais explorarem temas de importância social e política para os seus países; oportunidade de testar em estudos pilotos novas séries de questões antes destas serem adicionadas aos inquéritos internacionais *standards*; novo intercâmbio de informação entre os países participantes, quando existe a necessidade de avaliar mais regularmente mudanças nos comportamentos relativos à saúde devido a mudanças na política da saúde.

Além das variáveis anteriormente referidas, foi feita também uma caracterização mais específica de cada consumo através de variantes de frequência (quantas vezes num período temporal determinado se repete o comportamento de risco), momento (instante da vida, onde foi iniciado o comportamento de risco), experiência (período temporal onde se mantém esse comportamento de risco), contexto (local onde se iniciou esse comportamento de risco) e intervenientes (razões que levaram à utilização desse comportamento de risco) para cada comportamento de risco, estando todas estas incluídas no questionário utilizado.

2.5 Limitações do Questionário

O questionário acima referido tratou-se de um questionário de autorregisto, em que a criança/jovem preenchia o próprio questionário. Este tipo de questionário, tal como os questionários de autorregisto para avaliar a atividade física da população mais jovem, segundo vários autores (Baranowski, 1988; Crocker *et al.*, 1997; Montoye *et al.*, 1996; cit. in Luis, 2000) poderá ser influenciado pela capacidade de memória das crianças em precisar dados.

O questionário HBSC aplicado aos alunos em tudo se assemelha aos questionários de autorregisto na avaliação da atividade física pois ambos evocam a memória a curto prazo sobre ações praticadas bem como a frequência dessas ações.

Ao nível do tratamento de dados, foi utilizada a folha de cálculos do Microsoft Excel e a folha de cálculos do Programa SPSS 13.0 para Windows.

2.6 Condições de realização do estudo

A primeira parte do projeto passou por saber junto dos elementos mais intervenientes na dinâmica escolar qual o tema mais relevante a ser tratado naquele momento.

A segunda parte consistiu em mediar junto dos diretores de turma de cada turma escolhida para o estudo uma data para a entrega e aplicação dos questionários, de preferência no horário de Formação Cívica.

Numa fase seguinte, junto de cada turma, procedeu-se à aplicação dos questionários para os alunos, onde se pediu para responderem com a máxima

veracidade possível visto se tratar de um questionário anónimo que serviria apenas para a recolha de dados para este estudo.

Após a recolha dos questionários dos alunos, iniciou-se o tratamento de resultados através da folha de cálculos do Microsoft Excel, sendo aí anotados todos os resultados obtidos para cada aluno. Posteriormente esses resultados foram transpostos para o programa estatístico SPSS versão 13.0 e através de uma operação de Qui-quadrado onde foram obtidos os resultados para cada variável de estudo anteriormente descritas e aplicado o método estatístico ANOVA para, neste último, verificarmos a confirmação ou não das diferentes hipóteses.

3. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo, são expostos os resultados do estudo bem como a sugestão de algumas estratégias futuras.

3.1 Discussão dos resultados

Relativamente à caracterização da amostra deste estudo: 1) quanto ao género da nossa amostra, 50% pertencia ao género masculino e 50% ao género feminino; 2) quanto ao grau de parentesco do encarregado de educação, 79,4% dos encarregados de educação eram representados pelas mães, 17,4% pelos pais e 3% por outros elementos familiares.

Quanto ao comportamento mais relevante, para o consumo de tabaco 41% da população da nossa amostra já tinha consumido ou experimentado tabaco e 59% não; para o consumo de álcool, 73% afirmou ter consumido ou experimentado álcool, enquanto 27% referiu que não; para o consumo de drogas, 12,8% afirmou ter consumido ou experimentado drogas, enquanto 87,2% referiu que não; para os comportamentos violentos pessoais, 24% afirmou ter sido vítima de agressão, enquanto 76% afirmou que nunca tinha sido agredido; para os comportamentos violentos a outros, 28% afirmou já ter agredido alguém, enquanto 72% afirmou que não; para os comportamentos sexuais, 20,9% afirmou ter tido relações sexuais, enquanto 79,1% afirmou que não.

Assim denotou-se que os comportamentos mais vigentes, que requeriam uma atuação mais a curto prazo, eram relativamente ao consumo de álcool e tabaco. Os comportamentos violentos surgiam também com valores significativos.

Para a Hipótese 0 (consumos/idade), no que diz respeito ao consumo de tabaco a idade que apresentava maiores valores de consumo, isto é de experimentação e consumo regular, centrava-se no escalão etário dos 16 aos 18 anos com valores absolutos de consumo de 70,4%.

Outro especto relevante prendia-se na idade dos 12 aos 13 anos, em que 26,1% dos alunos afirmavam consumir ou já terem experimentado, sinal que era uma idade em que já se iniciavam em grande número as primeiras experiências nesse aspeto.

Por fim denotou-se um aumento gradual de consumo, consoante o aumento de idade.

Quanto à idade do consumo do 1º cigarro, denotaram-se alguns valores relevantes. De referir que no escalão dos 12-13 anos 77,4% dos indivíduos afirmaram ter experimentado ou ter iniciado o seu consumo.

Por fim, de referir que, olhando para as restantes idades, se depreendeu que as idades críticas para o início de consumo eram os 12/13 anos.

Relativamente à frequência de consumo, nas idades compreendidas entre os 12-13 e os 14-15 este era feito na sua forma maioritariamente de forma ocasional enquanto mais no final da adolescência, dos 16 aos 18 anos, este consumo já era mais regular (57,6%).

De destacar também o consumo regular de uma parte significativa da nossa amostra dos 12-13 anos (22,0%) e dos 14-15 anos (27,9%), sinal que este consumo rapidamente deixava de ser ocasional para passar a um consumo regular em idades muito jovens. O consumo de 2-3 vezes por semana era também já bastante significativo nestas idades.

No que diz respeito ao local onde fumavam, os escalões etários dos 12-13 e 14-15 anos afirmaram na sua maioria que este consumo era feito na rua. Por outro lado no escalão dos 16-18 anos, 41,9% dos indivíduos afirmava que este consumo era feito na escola.

Denotou-se que estes resultados poderiam partir de determinados aspetos. Primeiro os alunos de 16-18 anos apresentavam menor inibição ao afirmar que este consumo era feito na escola, havendo menor inibição em fazê-lo neste local e, segundo, este valor estava diretamente relacionado com os valores dos escalões mais baixos ao nível do consumo do tabaco na escola, isto é, o grupo de 16-18 anos podia ser influenciador de práticas de consumo nos escalões de idade mais baixos.

Relativamente às razões que levavam a fumar tabaco, nos escalões de 12-13 e 14-15 anos, estas eram essencialmente devido à curiosidade (60,4% e 50,7% respetivamente) e no escalão de idade maior (16-18 anos) as razões maioritárias já eram outras, sendo o grau de curiosidade menor.

Outro aspeto relevante prendeu-se com os 3 escalões etários, em que valores significativos apontavam como razão o aspeto da confiança, isto é, o consumo de cigarro como forma de afirmação social.

No que diz respeito ao álcool, de salientar os grandes valores de consumo em todos os escalões etários. Assim no escalão de 12-13 anos 60,8% afirmaram que tinham consumido, no escalão dos 14-15 anos 82,0% consumiram e 90,7% afirmaram que tinham consumido no escalão dos 16-18 anos de idade. Ressaltou o aspeto que o início

do consumo começava bastante cedo e ia aumentando o número de consumidores ao longo do aumento das idades. Quanto maior era a idade maior o risco de os alunos já terem experimentado ou consumido álcool.

Quanto à idade do primeiro consumo, analisando por escalão etário, primeiro denotou-se que no escalão dos 12-13 anos a maioria afirmou ter experimentado pela primeira vez álcool entre os 9 e 12 anos, havendo 10,8% que afirmaram ter experimentado antes dessas idades, sendo algo também de muito significativo.

No escalão dos 14-15 anos, o primeiro consumo já era feito na sua maioria entre os 13 e 16 anos (48,9%), havendo também uma percentagem significativa de alunos a consumirem pela primeira vez entre os 9-12 anos (41,5%). No escalão dos 16-18 anos o consumo pela primeira vez já era feito entre os 13 e os 16 anos (76,6%).

Denotou-se então que a idade de risco era entre os 13 e os 16 anos.

Relativamente à frequência do consumo de álcool, dos 12 aos 13 anos esta era feita na sua maioria uma vez por semana (4,6%), havendo também uma percentagem significativa de consumo ocasional (93,1%).

No escalão dos 14-15 anos o consumo era feito na sua maioria de forma ocasional (76,2%) e no escalão dos 16-18 anos de idade este consumo era também feito de forma ocasional.

Depreendeu-se então que o consumo de álcool não era feito de forma regular pelos vários escalões de idade não se subentendendo casos de vícios nesta substância.

No que diz respeito ao local de consumo, o escalão dos 12 aos 13 anos afirmou na sua maioria que este era feito em casa (50,6%) com uma percentagem significativa também para o consumo em cafés, bares e festas (48,1%). No escalão etário dos 14-15 anos o consumo já era feito na sua maioria em cafés, bares e festas (73,8%), sendo no escalão de alunos mais velhos a maioria no mesmo local (88,9%).

Depreendeu-se então que o consumo não era feito na sua escola, sendo a sua maioria fora do espaço escolar.

Relativamente às razões que levavam ao consumo de álcool, os escalões etários dos 12-13 e 14-15 afirmaram na sua maioria que a principal razão que os levou ao consumo foi a curiosidade (56,2% e 43% respetivamente). Nestas idades outras razões apresentadas foram também apontadas com números bem significativos (31,5% e 39,8% respetivamente).

No escalão dos 16-18 anos já não era a curiosidade mas sim aspetos de afiliação com os ramos de amizade e de afirmação social junto destes. Assim a principal causa era

devido a outras razões não mencionadas (42,2%), seguido do aspeto de afirmação social (24,4%).

Depreendeu-se então que em idades mais baixas a curiosidade marcava a principal tendência para o consumo, e, conforme a idade ia aumentando outras razões iam aparecendo para o consumo em detrimento da curiosidade.

No que diz respeito ao tipo de bebidas consumidas, no escalão etário dos 12-13 anos a maior parte do consumo era feito com bebidas leves (50,5%) mas já com um consumo significativo de bebidas pesadas (40,2%).

No intervalo de idades dos 14 aos 15 e dos 16 aos 18 anos o consumo de bebidas pesadas era predominante (71,3% e 87,2%).

Depreendeu-se então que com o avanço da idade, ao nível da adolescência, o tipo de consumo de bebidas leves ia-se deteriorando, procurando-se cada vez mais as bebidas pesadas.

Relativamente ao consumo de drogas, no escalão etário dos 12-13 anos, o consumo não era significativo (4,4%).

No escalão dos 14-15 anos e 16-18 anos o consumo ou experimentação já era mais significativo com 15,7% e 35,2% respetivamente.

Assim, denotou-se que com o avançar da idade o aumento do consumo e experimentação ia aumentando numa relação linear.

No que diz respeito ao tipo de drogas consumidas, em todos os escalões etários o consumo era feito na sua maioria com haxixe e erva.

Outro aspeto a realçar teve a ver com a existência numa idade muito baixa para o consumo de estimulantes (11,1%), isto é, entre os 12 e 13 anos. Significativo também era o facto de esta droga já ser regularmente mais utilizada no escalão etário dos 16 aos 18 anos com 15,0%.

Por fim, de referir que 7,4% dos alunos que consumiam drogas no intervalo de idades dos 14 aos 15 anos, declararam que consumiram drogas fortes.

No que diz respeito à idade em que é feito o 1º consumo, no intervalo de idades de 12 a 13 anos, o consumo era feito pela primeira vez na sua maioria aos 12 anos (66,7%).

Nos escalões dos 14-15 anos e dos 16-18 anos o consumo já era feito pela primeira vez aos 14 anos (47,6%, 33,3% respetivamente).

Depreendeu-se então que existia aqui um intervalo de risco, entre os 12-14 anos, intervalo que abraçava o maior número de casos de consumo pela primeira vez.

Relativamente à frequência de consumo, em todas as idades denotou-se uma frequência de consumo ocasional como forma principal de consumo.

Denotou-se também uma fatia significativa em todas as idades de um consumo mais regular de 2-3 vezes por semana, com uma percentagem até bastante alta no escalão de 12-13 anos.

Outro aspeto que sobressaiu teve a ver com um aumento gradual de um consumo regular, isto é, de todos os dias, consoante um aumento de idade.

No que diz respeito ao local de consumo em todas as idades, o local referido como de eleição foi a rua.

Nos escalões etários mais novos, denotou-se também uma boa fatia de alunos que referia a escola como local de consumo, possível referência de que o primeiro contacto com os estupefacientes poderia ser feito com os amigos na escola.

No escalão etário dos 16-18 anos, outro aspeto significativo era a escolha também acentuada (36,4%) dos cafés, bares e festas para realizar o consumo.

No que diz respeito à razão que levava ao consumo, nos escalões etários dos 12-13 anos e dos 16-18 anos apontaram o aspeto da confiança como razão maioritária (57,1% e 43,8% respetivamente), seguindo-se a curiosidade como aspeto que levou ao consumo (42,9% e 31,3% respetivamente).

No intervalo de idade dos 14-15 anos, a curiosidade surgiu como razão mais forte com 47,6%, seguindo-se a confiança como razão com 28,6%.

Denotou-se então que na adolescência os aspetos essenciais que levavam ao consumo centravam-se na curiosidade e na afirmação pessoal.

No que diz respeito aos comportamentos violentos, este já foram existentes em todos os escalões etários, com percentagens muito semelhantes, à volta dos 25%. Denotou-se que era um comportamento de risco existente mas com valores bem inferiores aos restantes.

Relativamente à idade da primeira agressão denotou-se em todos os escalões etários que esta era realizada a primeira vez entre os 9 e os 12 anos (10,9%), com valores de 82,6% para o grupo que compreende os 12 e os 13 anos, 63,6% para o grupo etário dos 14-15 anos e 50% para o grupo dos 16-18 anos.

De referir que estas agressões foram também significativas nos últimos dois grupos, nas idades entre os 13-15 e 16 a 18 anos com 24,2% e 37,5% respetivamente para cada.

A frequência de agressão era na sua maioria de forma ocasional em todos os escalões etários, chegando inclusivamente aos 100% no escalão etário dos 16 aos 18 anos.

No que diz respeito ao local onde o aluno foi agredido, este era de forma maioritária no recreio da escola em todos os escalões etários, sendo os restantes locais também alusivos ao espaço escolar.

Este ponto é relevante, no sentido que se denotou claramente que o local escolhido para realizar as agressões era a escola.

No que diz respeito ao tipo de agressões sofridas, a maioria era feita de forma verbal nas idades entre os 12-13 anos e 14-15 anos (44,7% e 48,7% respetivamente).

No final da adolescência, entre os 16 e os 18 anos de idade, as agressões verbais já eram acompanhadas de agressões físicas (54,5%) de forma predominante.

De salientar também por fim, no escalão dos 12-13 anos, a utilização significativa de armas (25,5%) para realizar a agressão e também o número significativo de alunos que afirmam ter sido agredidos fisicamente (19,1%).

No que diz respeito a este ponto, de notar que em todas as idades apareceu já um número significativo de alunos que afirmavam ter agredido alguém. Denotou-se também que, com o aumento da idade, o número de agressões era maior (23,6% - 29,1% - 40,7%).

Relativamente à frequência de agressão, em todas as idades, esta era maioritariamente ocasional, mas 5,0% dos alunos entre os 12-13 anos e 4,8% dos alunos entre os 14-15 anos referiram que agrediam todos os dias.

No que diz respeito a este ponto, denotou-se claramente que a razão principal que levava à agressão em todas as idades era resultante de agressões verbais sofridas. As outras razões que se seguiam eram devidas à própria defesa do indivíduo e um valor significativo por gosto, sendo este de 12,2 % nas idades compreendidas entre os 12-13 anos, 20,5% entre os 14-15 anos e de 5,6% nas idades compreendidas entre os 16 e 18 anos.

No que diz respeito aos comportamentos sexuais, no escalão etário dos 12-13 anos, estes ainda eram muito reduzidos (4,9%), aumentando no escalão etário seguinte (23,3%) e galopando ainda mais para os valores no último escalão etário (74,1%).

Depreendeu-se então que quanto maior era a idade, maior a existência de práticas sexuais.

Relativamente à idade da primeira relação, no escalão dos 12-13 anos, a maioria afirmou que iniciou as suas relações aos 13 anos (62,5%), no escalão dos 14-15 anos

iniciaram na sua maioria aos 14 anos (50,0%) e no escalão dos 16 aos 18 anos, a maioria afirmou ter iniciado aos 15 anos de idade (30,6%) seguido de próximo pelos 14 anos (27,8%).

Denotou-se então que a idade de risco para início da vida sexual era no intervalo dos 14 aos 15 anos.

No que diz respeito à frequência de relações, todos os escalões etários referiram na sua maioria que a frequência era do estilo ocasional.

Outro aspeto que ressalta prendia-se com um aumento de práticas sexuais mais regulares com o aumento da idade.

Relativamente ao uso de contraceptivo, em todos os escalões etários os indivíduos afirmaram na sua maioria a utilização de contraceptivo, sendo no escalão etário dos 12 aos 13 anos um valor de 90%, dos 14 aos 15 de 97,4% e o mesmo valor para o escalão dos 16-18 anos.

No que diz respeito às razões que levaram à prática de relações sexuais, em todos os escalões etários foi referido como a maior razão o ambiente que se proporcionou. No escalão dos 12-13 anos esta percentagem chegou aos 70%, no dos 14-15 anos esta percentagem chegou aos 71,1 % e atingiu os 46,2% no dos 16 aos 18 anos.

Outras justificações surgem nos escalões mais velhos, como nos 14-15 anos (5,3%) e 16-18 anos (10,3%) em que referiram como justificação a questão de que era capaz, sinal de que era uma idade de descoberta, de procura de personalidade e de afirmação.

No que diz respeito ao sexo sobre efeitos de drogas e álcool, só no escalão etário dos 14-15 anos foram declarados acontecimentos dentro deste âmbito. No escalão etário dos 14-15 anos esta percentagem era de 12,8% e no escalão etário dos 16 aos 18 anos esta percentagem já era maior (20,5%).

H0: Os comportamentos de risco variam consoante a idade

Para verificar se os comportamentos de risco diferiam de idade para idade foi aplicado o método estatístico ANOVA onde se obtiveram os resultados apresentados a seguir.

Foi possível verificar que existiam algumas diferenças significativas entre as várias idades existentes na amostra estudada.

Assim, com um intervalo de confiança de 95% foi possível afirmar que existiam diferenças significativas entre as várias idades nas categorias de Consumo de tabaco ($F=$

23,665), Idade que fumou o 1º cigarro ($F=28,513$), Frequência com que fuma ($F= 6,296$), Razão porque fuma ($F= 6,126$), Consumo de álcool ($F= 16,655$), Idade com que bebeu ($F= 31,500$), Frequência do consumo de álcool ($F= 4,051$), Local onde bebeu ($F = 7,058$), Razão porque bebeu ($F = 3,952$), Tipo de bebidas ($F = 19,678$), Consumo de Drogas ($F = 7,090$), Tipos de agressão ($F= 3,531$), Comportamentos violentos e outros ($F = 3,205$), Comportamentos sexuais ($F = 86,893$) e Idade da 1ª relação ($F = 10,107$).

Deste modo a H_0 foi parcialmente aceite pois, para as várias idades, existiam diferenças significativas nos pontos referidos no parágrafo anterior, não havendo esta diferença nas restantes.

H1: o comportamento de risco varia consoante o género

Passando para esta hipótese, no que diz respeito ao consumo de tabaco as percentagens de ambos os géneros foram significativas, tendo o género masculino uma percentagem de consumo de 45,3% e o género feminino de 36,7%. O género masculino apresentou maiores taxas de consumo do que o género feminino. Na idade em que fumou o 1º cigarro, o género masculino teve uma predominância de consumo inicial nas idades entre os 12 e 13 anos e o género feminino entre os 12 e 13 anos também. Este intervalo temporal englobou a idade crítica para a experimentação de tabaco. Na frequência o género masculino teve um consumo predominantemente ocasional (55,4%) e o género feminino apresentou valores de consumo regular (41,2%). Mesmo assim, o género masculino apresentou também um valor significativo no consumo regular (25,7%). No local de consumo o género masculino apresentou como local de eleição a rua (34,3%) seguido da escola (31,3%). O género feminino apresentou como locais de eleição, os mesmos locais, pela mesma ordem mas com diferentes valores: rua (35,9%) e escola 34,4%.

Denotou-se em ambos os géneros valores significativos de consumo na escola.

Nas razões para fumar o género masculino apresentou como fator predominante a curiosidade (58,8%), sendo seguido de outras razões (20,0%).

Por outro lado o género feminino apresentou outras razões predominantes, sendo o fator curiosidade também o mais relevante com 34,7%, sendo seguido de outras razões, o mais significativo com 31,9%, e o aspeto da confiança com 27,8%.

Depreendeu-se então que a curiosidade era o fator crítico em ambos os géneros sendo seguido de aspetos como a afirmação social e pessoal.

No que diz respeito ao consumo de álcool, tanto o género masculino como o feminino apresentaram altos valores de experimentação e consumo.

Assim, o género feminino apareceu com valores superiores ao género masculino, havendo 75,3% de raparigas que afirmavam já ter consumido álcool e com um pouco menos, com 70,7%, a percentagem de rapazes que afirmaram já ter experimentado ou consumido álcool.

Em relação à idade em que começaram a beber, no género masculino a idade onde a maioria dos rapazes começou a consumir álcool foi entre os 9 e 12 anos (44,5%), seguido de próximo entre o período temporal dos 13 aos 16 anos (43,8%).

Quanto ao género feminino, 60,9% afirmou ter consumido álcool pela primeira vez entre os 9 e 12 anos.

Assim, o período temporal entre os 9 a 12 anos, foi o período crítico de iniciação no consumo de álcool em ambos os géneros.

Na frequência de consumo, denotou-se claramente o consumo ocasional como a frequência predominante para ambos os géneros.

Para o local onde bebe, ambos os géneros referiram como local predominante para o consumo de álcool o café, bares e festas. No género masculino 64,0% referiu estes locais e no género feminino 71,8% referiu exatamente os mesmos locais.

Ambos os géneros referiram como razão para beber a curiosidade como aspeto principal, sendo de 42,5% no género masculino e de 45,9% nas raparigas. “Outras razões” apresentou também um valor significativo com 37,0% no género masculino e 37,8% no género feminino.

Quanto ao tipo de bebidas, denotou-se claramente um consumo considerável de bebidas pesadas, havendo 57,9% dos elementos do género masculino que bebiam este tipo de bebida e 55,2% do género feminino.

Quanto ao consumo de drogas, em ambos os géneros a maioria dos alunos que afirmou não ter consumido drogas foi alta, mas mesmo assim surgiram percentagens significativas em ambos os géneros relativamente aos que já consumiram ou já experimentaram, sendo no género masculino de 14,4% e de 11,2% no género feminino.

Em ambos os géneros a droga mais comum de ser consumida foi o haxixe ou a erva, com 90,6% no género masculino e 75,0% no género feminino. De salientar também o consumo por parte de 3,1 % no género masculino de drogas fortes e 4,2% no género feminino.

Para a idade de consumo da primeira droga, o género masculino afirmou em maior número ter experimentado pela primeira vez drogas aos 14 anos (38,5%) e o

género feminino aos 13 (36,8%), sendo seguido em 31,6% aos 12 anos, sendo este o intervalo de risco para este género.

Em ambos os géneros o consumo ocasional foi predominante, mas o género masculino apresentou 30,8% de alunos que consumia de forma mais regular, isto é 2 ou 3 vezes por semana.

Em ambos os géneros o local de eleição foi a rua, com 52,6% para o género masculino e 29,4 % para o género feminino. De notar também um consumo significativo dentro da escola com 17,6% para o género masculino e 16,7% para o género feminino.

No que diz respeito à razão porque experimentaram, os rapazes referiram a curiosidade como razão principal (50,0%) e as raparigas o aspeto da confiança (40,0%).

Quanto aos comportamentos violentos pessoais (agressões sofridas), no género masculino 28,4% afirmaram ter sofrido agressões, enquanto no género feminino esta percentagem foi mais baixa, com 19,5%. Para a idade da primeira agressão, no género masculino, a maior parte das agressões sofridas ocorreram entre os 9 e os 12 anos (83,0%) e no género feminino nas mesmas idades (55,9%).

A idade crítica em ambos os géneros foi entre os 9 e os 12 anos.

Relativamente a este ponto, a frequência de agressão mais comum em ambos os géneros era de forma ocasional. No género masculino esta convivência atinge os 88,4 % e no género feminino os 64,3%. De salientar também que 17,9 % das pessoas do género feminino afirmaram que eram agredidas 2 a 3 vezes por semana.

Quanto ao local onde eram agredidos, em ambos os géneros a maior parte das agressões ocorriam no meio escolar. Estes valores foram de 77,6% para o género masculino e 75% para o género feminino.

Quanto ao tipo de agressão, o género feminino referiu como forma principal de agressão, a do tipo verbal com 51,3%. De salientar também valores significativos ao nível da agressão física (17,9%) e agressão verbal e física (20,5%).

Quanto ao género masculino, o maior valor encontrou-se nas agressões verbais (39,7%), que não atinge os valores do género feminino, pois eram também utilizadas outras formas de agressão significativas nos rapazes. Além da agressão verbal e verbal com física, valores significativos para a agressão com arma ou objeto foram também obtidos (20,7%).

Relativamente aos comportamentos violentos dirigidos a outros, o género masculino apresentou valores maiores quanto ao género feminino.

Assim, 38,3 % dos rapazes afirmou já ter agredido alguém enquanto 17,7 % dos elementos do género feminino afirmaram também já ter agredido alguém.

A forma de agressão mais predominante em ambos os géneros era do estilo ocasional. No género masculino estes valores atingiram os 88,1% e no género feminino 87,5%. De salientar também que 9,4% dos elementos do género feminino afirmaram agredir todos os dias.

Ambos os géneros afirmaram que a principal razão para partir para a agressão, era devido a agressões verbais. No género masculino estes valores foram de 64,7% e no género feminino 56,7%. De salientar também os valores significativos para ambos os géneros que afirmaram como outra razão, a sua defesa, com valores de 19,1% para o género masculino e 30,0% para o género feminino.

Para as relações sexuais, no que diz respeito a este ponto, 21,9% dos elementos do género masculino afirmaram já ter tido relações sexuais e no género feminino esta percentagem é de 20%.

Para a idade da primeira relação, em ambos os géneros, a idade onde referiram que tiveram pela 1ª vez relações sexuais era os 14 anos. O género feminino apresentou valores para esta idade de 31% e o género masculino de 40%. De salientar também os valores significativos em ambos os géneros para os 13 e 15 anos, demonstrando que a idade crítica neste ponto era entre os 13 e os 15 anos.

Na frequência de relações, tanto o género masculino como o feminino apresentaram maiores valores para um estilo de relação sexual de forma ocasional, com valores de 62,5% e 46,2% respetivamente. De salientar também que o género feminino apresentou valores de regularidade maior relativamente aos rapazes. Surge como exemplo os 20,5% de elementos do género feminino que afirmaram que já realizavam as mesmas de 2 a 3 vezes por semana.

Para a utilização de contraceptivos, o género feminino apresentou valores absolutos de utilização de contraceptivo, enquanto no género masculino 93% afirmou a sua utilização, embora 7% apresentasse comportamentos de risco ao não utilizar esta forma de proteção.

Quanto à razão porque as iniciaram, ambos os géneros afirmaram que a principal razão que levou ao início da sua vida sexual foi devido ao ambiente que se proporcionou, com o género masculino a apresentar valores de 53,3% e de 66,7% para o género masculino.

Relativamente à prática sexual sobre efeitos de drogas ou álcool, as diferenças entre género já foram significativas, referindo 22% dos rapazes que já tiveram relações

sexuais sobre o efeito de álcool e drogas enquanto o género feminino apresentava valores mais reduzidos (7,1%).

H1: os comportamentos de risco variam consoante o género

Foi possível verificar que existiam algumas diferenças significativas entre os dois grupos de alunos (masculino e feminino).

Assim, com um intervalo de confiança de 95% foi possível afirmar que existiam diferenças significativas entre os dois géneros nas categorias de Frequência com que fumou ($F = 7,765$), Razão porque fuma ($F = 8,275$), Local onde bebe ($F = 4,376$), Tipo de bebida ($F = 4,734$), Idade da 1ª droga ($F = 5,673$), Frequência com que se droga ($F = 6,401$), Comportamentos violentos pessoais ($F = 4,637$), Comportamentos violentos a outros ($F = 23,839$) e Sexo sobre efeito de drogas ou álcool ($F = 3,975$).

Deste modo a Hipótese H1 foi parcialmente aceite pois, para estas duas categorias existiam diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino, não havendo para as restantes.

H2: o comportamento de risco varia com o estatuto socioeconómico do aluno

Para a hipótese, H2: nível socioeconómico foi definida a seguinte divisão:

Nível Socioeconómico Elevado: Quadros Superiores da Administração Pública, Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas

Nível socioeconómico Médio: Técnicos e Profissionais de Nível intermédio, Pessoal Administrativo e Similares, Pessoal dos Serviços e Vendedores

Nível Socioeconómico Baixo: Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas, Operários, Artífices e Trabalhadores Similares, Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem, Trabalhadores não Qualificados, Desempregados, Reformados e Estudantes

Para o consumo de tabaco, as diferenças entre os vários estatutos socioeconómicos foi significativa. Nas profissões de baixo estatuto socioeconómico as percentagens apresentaram-se como as mais elevadas, sendo estas, acima dos 40%. Nas de estatuto socioeconómico médio, os valores de consumo ou experimentação já se centravam em valores de 40%. No estatuto socioeconómico mais elevado, os valores foram mais reduzidos, com valores abaixo de 40% ao nível do consumo.

Depreendeu-se então que quanto mais baixo fosse o estatuto socioeconómico de um indivíduo, maior os valores de consumo de tabaco dos alunos.

Para a idade do primeiro consumo não se encontraram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. As idades predominantes para o primeiro consumo em todos os escalões socioeconómicos centrou-se no intervalo temporal dos 12-13 anos.

No estatuto socioeconómico alto, o tipo de consumo foi na sua maioria ocasional, mas com uma percentagem já significativa de um consumo mais regular (todos os dias).

No estatuto socioeconómico médio o consumo ocasional começava a igualar-se ao consumo regular (todos os dias).

No estatuto socioeconómico baixo, o consumo ocasional era substituído por um consumo mais regular, isto é, de todos os dias.

Depreendeu-se então que quanto mais baixo fosse o estatuto socioeconómico mais o consumo se tornava regular em detrimento de um consumo mais ocasional de um estatuto socioeconómico mais elevado.

Em relação ao local onde fumavam, as diferenças não foram significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. Houve uma tendência ligeira indicando que quanto mais baixo fosse o estatuto socioeconómico preferia-se fumar na escola em detrimento da rua.

Para a razão de fumar, os estatutos socioeconómicos alto e médio apresentaram como principais razões a curiosidade. No estatuto socioeconómico mais baixo, as razões apontadas principalmente foram também a curiosidade, mas surgiram com valores significativos aspetos como a confiança e os amigos.

Quanto ao consumo de álcool, existem algumas diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. O estatuto socioeconómico médio foi o que apresentou os valores mais baixos de consumo (entre os 60% e os 75%), sendo seguido pelo estatuto socioeconómico elevado (entre os 70% e 75%), terminando com os valores mais elevados no estatuto socioeconómico mais baixo (entre os 70% e os 88%).

Denotou-se assim uma ligeira progressão de consumo e experimentação, desde um estatuto socioeconómico alto até um mais baixo.

Na idade do primeiro consumo não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. A idade de começo entre todos eles centrou-se essencialmente no intervalo dos 9 aos 12 anos.

Quanto à frequência de consumo de álcool, não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. Assim o consumo referido por todos como o mais predominante foi o de forma ocasional seguido de um consumo aos fins-de-semana.

Para o local de consumo de álcool, não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. Assim, o local de eleição era os bares, cafés e festas seguindo-se nas preferências a casa como local de consumo.

Para a razão por que bebe, não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. De referir que a curiosidade surgiu como a maior razão referida, seguida de outras. No estatuto socioeconómico mais baixo, denotou-se também alguma referência significativa aos amigos como razão para o consumo.

No tipo de bebida, não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. Assim o estilo de bebida mais referida por todos foram as bebidas pesadas seguidas pelas bebidas leves.

Para o consumo de drogas não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos e quanto ao tipo de drogas não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. O tipo de droga mais referida por todos os estatutos socioeconómicos foi o haxixe e a erva. No estatuto socioeconómico mais baixo foi referido também alguma utilização de estimulantes e drogas pesadas.

Para a idade do uso da primeira droga não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. Em todos os estatutos socioeconómicos o período temporal crítico para a iniciação às drogas foi entre os 13 e os 14 anos.

Para a frequência com que se drogavam não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. O estilo de consumo mais referido por todos os estatutos foi do tipo ocasional, seguido pelo consumo ao fim de semana. Este consumo ao fim de semana foi maior num nível socioeconómico médio.

No nível socioeconómico baixo, uma das profissões (trabalhadores não qualificados) apresentou valores mais elevados de consumo regular (33,3%).

Para o local de consumo não se encontrou um padrão de respostas que permitisse comparar os 3 níveis socioeconómicos.

Quanto à razão para o consumo, existiram algumas diferenças. Assim, no estatuto socioeconómico mais elevado a principal razão para o consumo foi a curiosidade, no nível socioeconómico médio foi a confiança que esse consumo transmite e no nível socioeconómico mais baixo foi pautado principalmente pelas duas razões apontadas anteriormente.

Relativamente a comportamentos violentos, denotou-se que o nível socioeconómico mais elevado apresentou maiores valores de agressões sofridas relativamente aos outros. Estes valores variaram entre os 25% e os 30%, enquanto nos outros grupos estes valores eram relativamente mais baixos.

Os maiores valores surgiram em filhos de operários, artífices e trabalhadores similares com 31,3% e em filhos de desempregados, reformados ou estudantes com 53,8%.

Na idade da primeira agressão não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. A idade predominante onde ocorriam as primeiras agressões era no período temporal entre os 9 e os 12 anos. De salientar que quanto mais baixo era o estatuto socioeconómico, maior era a tendência para que estas ocorressem em idades mais tardes (13 a 16 anos).

Na frequência com que sofre agressões não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. A frequência de agressões sofridas era do estilo ocasional para todos os níveis socioeconómicos.

Para o local onde sofre a agressão não existiram diferenças significativas entre os vários estatutos socioeconómicos. O local onde a agressão ocorria era, para todos os níveis socioeconómicos, o recreio da escola.

Quanto ao tipo de agressão, todos os níveis socioeconómicos referiram como tipo de agressões sofridas mais predominantes a forma verbal e física e muitas vezes verbal acompanhada de física.

Outro aspeto a salientar teve a ver com a agressão sofrida com arma ou objeto, a qual só acontecia em níveis socioeconómicos baixos ou médios.

Relativamente a agressão a outros, houve um aumento gradual de agressões a outros, consoante a diminuição do nível socioeconómico.

Num nível socioeconómico alto os valores referidos iam dos 18% aos 25%, num nível médio os valores iam de 28% a 35% e num nível socioeconómico mais baixo estes valores já atingiam os 40% em média. O caso mais evidente encontrou-se relativamente aos filhos dos desempregados, 46,2% dos quais afirmava já ter utilizado a agressão.

Em todo o grupo a frequência de agressão era do estilo ocasional na maioria das vezes.

Quanto a este aspeto, a razão predominante apontada em todos os níveis socioeconómicos para a existência da agressão tinha a ver com as agressões verbais sofridas.

Quanto aos comportamentos sexuais, denotou-se uma diferença clara entre o nível socioeconómico mais elevado e os restantes níveis. No nível socioeconómico mais alto os valores afirmativos centravam-se no «não» ou em percentagens baixas como 10%, enquanto nos restantes níveis estes valores já eram maiores e iam dos 20% até aos 35%.

Para a idade da primeira relação não houve um padrão fixo a nível de idades que caracterizasse determinado nível socioeconómico. Depreendeu-se que, para todos os níveis, a idade de risco era compreendida entre os 13 e os 15 anos.

Na frequência das relações já surgiram diferenças mais significativas. Assim, para o nível socioeconómico mais elevado e médio, as relações já eram caracterizadas por um estilo mais ocasional, seguido de um padrão mais regular, isto é, uma vez por semana.

No nível socioeconómico mais baixo, o padrão de relação já era mais regular, sendo caracterizado por 2 ou 3 vezes por semana ou todos os dias.

A utilização de contraceptivo era uma prática comum em todos os níveis socioeconómicos.

Para a razão por que iniciou a sua prática, as razões apontadas pelo nível socioeconómico mais elevado prendiam-se com o ambiente que se proporcionou, e nos restantes níveis juntamente com esta razão apontada surge o não conseguiu resistir e quanto menor for o nível socioeconómico maior era o risco de haver relações sexuais sobre efeito de drogas ou álcool.

Foi assim possível verificar que não existiam diferenças significativas entre os três níveis socioeconómicos.

Deste modo a hipótese H2 foi aceite, pois para estes 3 níveis socioeconómicos não existiram diferenças significativas.

3.2 Estratégias apresentadas

Tendo por base os objetivos e as finalidades propostos para a atividade em causa, e ainda reportando aos conteúdos anteriormente descritos, foi possível afirmar com segurança que a ação desenvolvida correu de forma bastante positiva.

Como aspetos positivos destacaram-se a receção dos participantes, a pertinência do estudo, a clareza na exposição e a pertinência e dinamização do debate. Em linhas gerais parece que se captaram os agentes presentes e o estudo foi claramente relevante

por ter sido realizado nesse contexto escolar e que possa servir de referência não só para essa mesma escola, mas também para outras em contexto nacional.

Por outro lado, aspetos como a duração da parte teórica, divulgação da Acção e documentação fornecida foram aspetos que podiam ter sido mais bem-sucedidos.

Quanto à duração da parte teórica, esta foi algo longa, especialmente tendo em consideração que na maior parte do público que esteve presente durante a apresentação da investigação, se encontravam bastantes profissionais da nossa área que tinham já presentes um *know-how* bastante elevado acerca desta temática.

A divulgação da acção e a documentação fornecida foram aspetos que podiam ter tido um maior sucesso e isto deveu-se a fatores de *timing* no planeamento, no sentido que foram fornecidos somente alguns dias antes da acção propriamente dita. Os materiais podiam ter sido mais, incluindo por exemplo um resumo do estudo para todos os presentes.

4. Conclusões

Este trabalho, devido à sua natureza de investigação/innovacão pedagógica, apresentou diferentes desafios/obstáculos.

O primeiro obstáculo, centrou-se em tentar identificar um tema que fosse importante para ser explorado e partilhado com a comunidade educativa. Após algum questionamento junto da própria comunidade, acabou por surgir um tema que, à partida, não seria dos mais fáceis de descortinar.

No momento em que chegamos à escola, e por algum conhecimento prévio acerca da mesma, falava-se de como os alunos dos cursos profissionais estavam a mudar um pouco a moldura e contexto da escola, através de alguns comportamentos de risco que até à altura não eram assim tão relevantes. Posteriormente essa preocupação teve uma resposta positiva proveniente dos alunos, que seleccionaram claramente o assunto que o grupo de estágio devia incidir a sua investigação.

Como nada nesta área tinha sido feito anteriormente, o estudo numa óptica pessoal, foi ao encontro de uma investigação que se enquadrasse nas ciências sociais, apresentasse uma abordagem metodológica de investigação adequada, e permitisse entender um assunto relevante da comunidade escolar, procurando não só caracterizá-la mais profundamente mas contribuir também para melhorias nesses mesmo aspetos.

Esta ação de investigação trouxe dados recentes à escola acerca desta temática e envolveu claramente a comunidade educativa, tal como referido no capítulo anterior. A discussão acerca desta foi bastante participativa e positiva, servindo não só para melhorar a nossa prática investigacional como também inspirar outras escolas a estarem alerta para estes aspetos com mais e maior atenção.

Esta ação de investigação permitiu assim definir as primeiras estratégias de intervenção/actuação, pois definiu as linhas a actuar relativamente ao género e idade e caracterizou quais os comportamentos mais relevantes na população adolescente escolar. A ação serviu de ponto de partida para futuros estudos e de base para entender quais as estratégias e ações de promoção da saúde mais adequadas junto desta população.

Este trabalho permitiu também apontar algumas estratégias iniciais. A primeira, apontou a um desenvolvimento junto dos adolescentes na sua habilidade para uma boa comunicação interpessoal; identificar e gerir emoções; resolver problemas; desenvolver competências sociais; fomentar a assertividade; identificar alterações do humor e da ansiedade: depressão (tristeza) e ansiedade (nervosismo). Em resumo, (re) construir um futuro.

Em segundo lugar, mencionou-se o facto de que qualquer estratégia que fosse desenvolvida deveria quebrar esta utopia de estratégias de carácter curativo centradas na diminuição dos problemas dos indivíduos para estratégias de um carácter mais preventivo, utilizando uma promoção de competências que apelem à participação dos jovens envolvidos e que envolvessem também a comunidade.

Para isso o carácter das estratégias deve ser preventivo e foram especificamente apontadas algumas, tais como: a) o reforço de competências pessoais (resiliência, competências sociais, emocionais, cognitivas, comportamentais e morais, autodeterminação, espiritualidade, autoeficácia, identidade positiva, expectativas positivas no futuro, reconhecimento de comportamentos positivos, oportunidades para um envolvimento pro-social, etc.); b) apoio ambiental; c) realce do tempo de lazer – que parece ser um bom ponto de partida, assim como as alternativas para a vida, a procura de prazer e de bem-estar (Matos *et al.*, 2003). Relativamente a esta última estratégia foi também apontado que a Educação Física podia surgir como cadeira primordial relativamente a esse aspeto. A oferta de desportos que ofereçam riscos de forma controlada pode ser uma boa solução para os alunos poderem avaliar esses confrontos, esses fatores de “*stress*” de uma forma mais indicada. d) ações de sensibilização; e) uma intervenção focada em alternativas, ou seja, ajudar os adolescentes a encontrar formas

de lidar com a ansiedade, com o “*stress*”, com a depressão, com o tédio, com o relacionamento com o outro género, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso ao consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), à violência ou à doença física ou mental (WHO, 1999; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003; cit. in Dias, 2013).

Foi referido também que as metodologias de intervenção comunitária deviam ter um carácter multidimensional e interdisciplinar que requiere uma visão integrada, com a participação e mobilização das capacidades dos cidadãos e com uma intervenção sistémica e em parceria.

Outra estratégia apontada foi também o facto de que a escola devia ser um local prioritário de investimento para o bom desenvolvimento destas ações, abrangendo não só os jovens, mas também funcionários da escola, pais e membros da comunidade onde estes devem educar os adolescentes antes de eles se depararem com tomadas de decisão acerca da sua sexualidade e comportamentos sexuais de risco; trabalhar na aquisição de conhecimento, atitudes e valores importantes sobre o consumo de álcool e drogas e outros aspetos da sua saúde; ter um canal para a comunidade na prevenção do VIH/Sida; reduzir a discriminação numa variedade de formas e abranger jovens em idades de grande influência no estabelecimento de comportamentos e estilos de vida adotados para a sua vida futura (WHO, 1999).

Foi também mencionado que é na escola que devem ser criados protocolos com disciplinas como a Área Projeto ou Formação Cívica, entre outras, e uma ligação maior entre a comunidade educativa e a comunidade escolar, com reforço de competências não só dos pais, mas de todos. O papel do diretores de turma deveria ser também reforçado no sentido de ser uma ponte entre os alunos/turma e os restantes contextos.

Referido também foi a importância da família, devido à sua enorme influência junto dos adolescentes, sendo importante reforçar competências junto e dentro desta, onde o diálogo fosse um aspeto sempre existente entre pais e filhos e que houvesse um acompanhamento ativo e constante destes perante as problemáticas que vão surgindo aos seus filhos. É necessário aproximar estes também da escola de maneira a desenvolverem-se projetos e sinergias de modo a potenciar a prevenção e a resolução destes comportamentos de risco.

Ao nível operacional foi também apontado que deveria ser criado um projeto que incluísse essas prevenções relativamente a estes comportamentos porque se compreendeu que neste contexto escolar a problemática estudada estava cada vez mais

emergente. Esses projetos deviam englobar também o 2º ciclo no sentido que muitos dos problemas identificados surgiam nesse período temporal.

O estudo permitiu então fornecer a base de toda a fundamentação que poderia ajudar em futuros estudos ou ações de intervenção junto dessa comunidade escolar. Foi criada a ferramenta, foi criada a estratégia e foi definida posteriormente a respetiva ação (que poderia ser mais específica, tal como vou referir no próximo capítulo).

Em jeito de conclusão, este estudo de investigação foi um processo moroso, longo e exigente, mas que claramente contribuiu para o enriquecimento não só pessoal, mas também interpessoal, profissional e da própria comunidade educativa.

Parte II Reflexão crítica

1. Introdução

A presente reflexão crítica debruçar-se-á sobre o processo formativo que foi este estudo de investigação-ação.

Partindo então dos pontos mencionados anteriormente, nesta reflexão crítica será feita uma análise acerca dos pontos que foram apresentados com sucesso na altura da investigação, o que poderia ter sido feito ou retocado ao nível da sua metodologia, que estratégias poderiam ser hoje em dia apontadas (com base no que se descobriu por outros autores e também pelo autor desta trabalho e a sua experiência empírica como docente) e também contextualizar algumas destas estratégias com o que tem vindo a ser adotado no mundo e em Portugal.

Esta análise será também feita juntos das variáveis inicialmente estudadas, partindo esta de um âmbito micro (Família, Grupo de Pares), passando por um nível meso (Escola) e terminando num nível macro (Media/Internet).

Quanto à minha experiência empírica, esta consiste em 7 anos de funções docentes e posso assumir claramente que tenho tido uma experiência rica em muitos aspetos, pois lecionei Educação Física com o currículo português, americano, parte do britânico e com aquilo a que se denomina currículo internacional.

2. Desenvolvimento

2.1 Análise crítica de estudo (objetivo, metodologia, resultados)

Em qualquer investigação científica que se efetue, procura-se delimitar todos os aspetos da mesma, de modo a que não haja grandes desvios relativamente à veracidade dos resultados e conclusões obtidos.

A investigação realizada no âmbito aqui apresentado, como qualquer outra, expôs também as suas limitações, sendo que, com o passar do tempo, o material foi evoluindo pela positiva, através de novas regras e descobertas. Quanto à investigação inicial, esta não fugiu a tal regra, através da exposição de novas ideias.

Começando pela forma como a investigação foi realizada, esta parece ter sido adequada, uma vez que é na adolescência que se inicia a adoção dos comportamentos descritos na primeira parte do presente trabalho.

Os comportamentos de risco escolhidos foram adequados à realidade escolar, o que foi demonstrado pelos resultados obtidos. Porém, a maior dificuldade referiu-se à colocação das hipóteses.

Olhando para tais hipóteses, percebe-se que aquelas que mencionavam o fator idade e estatuto socioeconómico se mostraram relevantes. Nelas, foram descritas as idades – momento - nas quais se adotam os comportamentos de risco pela primeira vez, isto é, as hipóteses ajudaram a definir a idade em que se deveria começar a adotar estratégias junto dos alunos, sendo que se percebeu, também, que a adoção desses comportamentos de risco aumentavam com a idade. Logo, a partir daí, deviam ser reforçadas estratégias de carácter preventivo.

Depois, além do momento, foram adicionados outros aspetos, tais como 1) a frequência, em que se verificou que muitos alunos já faziam uma adoção mais que ocasional deste tipo de comportamentos, 2) o local, em que se denotou que, por exemplo, os comportamentos eram adotados em casa - no caso do álcool nas idades mais baixas, em festas e em bares - nos casos do tabaco e drogas – e 3) o próprio contexto escolar, no que se refere ao consumo de tabaco e a comportamentos violentos. A adição de tais aspetos parece ter sido uma boa estratégia. A saber, por exemplo, em relação ao local, especialmente na escola, sítio em que ocorriam os consumos, foi proporcionado um reforço de estratégias de monitorização dentro do próprio espaço educativo.

Quanto à variável *razão*, esta foi importante, mas acabou apenas por confirmar aquilo que já muita investigação tinha apontado como principais razões para a adoção dos comportamentos de risco.

Quanto à hipótese *género*, esta variável, poderia ter sido retirada. De facto, sabia-se por revisão literária prévia que existem diferenças significativas entre o género feminino e o género masculino durante a própria fase da adolescência e os resultados obtidos acabaram por confirmar tais diferenças, mas de forma operacional. A hipótese acabou, assim, por não ter um impacto tão relevante na estratégia que se queria montar. Foram confirmadas várias diferenças significativas, mas mais uma vez ligadas àquilo que já estava confirmado de antemão.

Foi também importante perceber qual o comportamento de risco mais relevante, pois ao saber-se que tal era o consumo de tabaco, e pegando no facto de certos estudos apontarem este como uma “porta de entrada” para o consumo de outras substâncias, como o álcool e as drogas ilícitas (Allen *et al.*, 1994; Cardenal & Adell, 2000; Everett *et al.*, 1994; Kandel, 1998; Perry & Staufacker, 1996; Sells & Blum, 1996; Weinberg *et al.*, 1998; cit. in Simões, 2005), o foco para uma posterior intervenção ficou logo definido.

Quanto aos instrumentos de trabalho, estes foram adequados. No entanto, as condições em que foram utilizados poderiam ter sido diferentes.

Temos, como exemplo, a aplicação dos questionários. De facto, teria sido importante que os alunos tivessem um espaço mais reservado para poderem estar mais confiantes das suas respostas, especialmente quando as perguntas envolviam aspetos mais pessoais. A falta desse espaço pode ter influenciado parte dos resultados obtidos.

Na investigação inicial, assumiram-se algumas conclusões e, tendo como base tais conclusões, propôs-se um grupo de estratégias para serem postas em ação nos anos seguintes (Parte I).

2.2. Estratégias mais recentes

2.2.1 Papel da Família (Micro)

Um dos aspetos abordados nessas sugestões, depois de se notar a relevância do estatuto socioeconómico em relação à sua ligação com a adoção de comportamentos de risco, relacionou-se com o papel da família e com o facto de ser importante aproximar

esta da comunidade educativa.

A estrutura familiar é um dos principais contextos de socialização para o jovem adolescente, sendo que este apresenta maiores níveis de bem-estar quanto maior o seu nível socioeconómico (Piko & Fitzpatrick, 2007). Por outro lado, um nível socioeconómico mais baixo ou aspetos tais como o desemprego dos pais apresentam, também, consequências nos comportamentos dos jovens, havendo, assim, uma maior probabilidade de estes fumarem, consumirem bebidas alcoólicas, verem televisão e experimentarem *ecstasy* (Carine, Lea, & Dirk, 2004). Este aspeto influencia, igualmente, outros comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de droga e a violência (Camacho, 2011).

O suporte familiar funciona, assim, como fator de proteção. Temos como exemplo disto mesmo os resultados obtidos em relação do consumo de tabaco por parte dos jovens associado a esta variável (Simantov, 2000). Quando é adotado um estilo parental autoritário e quando, em casa, se apresentam regras contra o consumo de tabaco, verifica-se uma menor predisposição dos jovens para fumarem (Andersen, Leroux, Bricker, Rajan & Peterson, 2004). Uma boa comunicação entre pais e filhos apresenta-se, igualmente, como fator de proteção no consumo regular de tabaco (Camacho & Matos, 2008; cit. in Camacho, 2011).

A monitorização parental tem sido, desta forma, apontada, tal como a comunicação, como um fator de proteção no envolvimento em comportamentos de risco (Borawski, Landis, Lovegreen & Trapl, 2003; Van Der Vorst, Engels, Meeus, Devoki, & Van Leeuwe, 2005; Van Der Vorst, Engels, Meeus, & Devoki, 2006; Miller & Plant, 2010; Hiendelang, Dwyer, & Leeming, 2001; cit. in Camacho, 2011) e, ainda, no que respeita a problemas de saúde mental (Huebner & Howeell, 2003).

Por outro lado, a pouca monitorização parental aparece associada a comportamentos de risco, como é o caso do consumo e abuso de álcool (Abar & Turrisi, 2008; cit. in Camacho, 2011). Tal foi verificado, também, através de outro estudo, pois tanto os fatores de proteção como os fatores de risco em estudo contribuem para explicar o consumo dos diferentes tipos de substâncias, nomeadamente tabaco, álcool e substâncias ilícitas, sendo que, mais uma vez, o fator de proteção com maior impacto em todos os tipos de consumo foi a monitorização parental, o que vai ao encontro de diversos estudos que também sustentam esta consideração (Wu, Chong, Cheng & Chen, 2012; Hummel *et al.*, 2012; cit. in Ferreira, 2002).

Mais estudos ainda confirmam que uma perceção por parte dos adolescentes de um menor controlo parental tem estado associada à participação em mais

comportamentos antissociais, ao maior consumo de substâncias e a mais comportamentos sexuais de risco (DiClemente *et al.*, 2001; Rodgers, 1999; Jacobson & Crockett, 2000, cit. in Matos, 2005). Noutros estudos, por outro lado, é referido que o mesmo aspeto leva os adolescentes a envolverem-se em menos comportamentos de risco, incluindo o início precoce da atividade sexual (Mcneely *et al.*, 2002; cit. in Matos, 2005).

Seguindo esta mesma temática, sabe-se que além da monitorização, a comunicação, tal como referido na parte inicial deste texto, surge como aspeto a ter em conta. As dificuldades em comunicar com os pais surgem também como fator de risco, e referem-se sobretudo ao aparecimento de comportamentos associados ao *bullying* (Camacho, 2011).

Uma boa comunicação parental, caracterizada por um bom suporte emocional e social, com relações familiares positivas e uma monitorização parental, construtiva e consistente, está positivamente correlacionada com o bem-estar e negativamente com os sintomas de mal-estar (Weitof, Hjern, Hauglund & Rosen, 2003; cit. in Dias, 2013), relacionando-se este último com maiores índices de recursos pessoais e de ajustamento na adolescência (Field, Diego & Sanders, 2002; Branje, Van Aken & Van Lieshout, 2002; cit. in Dias, 2013). Tal comunicação pode conduzir, inclusive, a um menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes (Ardelt & Day, 2002; Mounts, 2002; cit. in Dias, 2013), o que está relacionado com um maior autocontrolo e uma maior resiliência por parte dos adolescentes (Brooks & Goldstein, 2010; cit. in Dias, 2013). As relações familiares positivas 1) podem proporcionar, igualmente, uma maior satisfação, de forma geral, com a vida (Ma & Huebner, 2008; McElhancy, Porter, Thompson & Allen, 2008; cit. in Dias, 2013), 2) são suscetíveis de alimentar uma relação de confiança, de afeto e de compreensão entre os jovens e os seus pais (McElhancy, Porter, Thompson & Allen, 2008; cit. in Dias, 2013), 3) podem prenunciar níveis elevados de autoestima, de competências sociais e menores problemas de comportamento (Rubin *et al.*, 2004; cit. in Dias, 2013), 4) podem tornar os adolescentes menos agressivos, menos deprimidos e mais simpáticos (Laible & Thompson, 2000; cit. in Dias, 2013), 5) são suscetíveis de melhorar a probabilidade de um bom desenvolvimento cognitivo, uma vez que o comportamento do adolescente é guiado pelas atitudes dos pais (Le Roux, 2009), sendo que os adolescentes referem ter-se envolvido em menos comportamentos de risco, incluindo o início precoce da atividade sexual (Mcneely *et al.*, 2002; cit. in Dias, 2013; Ennett *et al.*, 2008; cit. in Ferreira, 2013). Denotam-se, então, os aspetos positivos que advêm de uma boa comunicação parental, ainda que com a ressalva de que, mesmo

com o devido acompanhamento parental, se o estilo de relação parental se apresentar com características invasivas, superprotetoras ou demasiado controladoras, este pode, inversamente, restringir os comportamentos dos filhos, desencorajar a sua independência, dificultar a autonomia, afetar a autoconfiança, favorecer o isolamento social e, ainda, limitar o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, competências sociais e estratégias de “*coping*” necessárias ao desenvolvimento saudável e à necessidade intrínseca de estabelecer relações interpessoais (Rubin, Coplan & Bowker, 2009; Dias, 2013).

Estes dois fatores, que se prendem com a monitorização e comunicação, bem como o seu impacto nesta dinâmica, são assim confirmados de forma sucinta por um outro estudo realizado cujo principal objetivo passou por verificar a influência da comunicação e monitorização parental no consumo de substâncias – a saber, bebidas alcoólicas, tabaco e substâncias psicoativas - nos adolescentes portugueses (Health Behaviour in School-Aged Children, 2006). Constatou-se que os jovens que nunca experimentaram bebidas alcoólicas, que nunca estiveram embriagados, que não fumam e que não consumiram drogas no espaço de um mês apresentam frequentemente maiores facilidades comunicativas com os pais e uma maior monitorização parental. Por outro lado, os jovens que não têm pais ou que não os veem regularmente apresentam maiores índices de consumo (Camacho & Matos, 2008; Ennett *et al.*, 2008; cit. in Ferreira, 2013).

A atitude dos pais é, assim, um fator crucial no que respeita ao consumo de substâncias, uma vez que são vários os estudos que apontam que os adolescentes que têm a perceção que os pais têm uma posição de reprovação forte relativamente ao consumo de álcool consomem menos álcool do que os adolescentes que têm perceção que os seus pais reprovam este consumo, mas de forma mais moderada (Martino, Ellickson, & McCaffrey, 2009; cit. in Dias, 2013).

Tendo como base a monitorização parental, fatores comunicacionais, diferentes formas educacionais e de autonomia, e mesmo na importância dos próprios pais relativamente à adoção dos comportamentos de risco, serão apresentadas algumas estratégias para responder à seguinte questão: como atuar e como potenciar este agente educativo junto dos jovens adolescentes e no que diz respeito à criação de escolhas mais saudáveis?

Analisando então aquilo que foi descrito em vários estudos, primeiramente em relação aos pais, é importante que cada escola faça um estudo contextual acerca do tipo de alunos e respetivos pais que se encontram na comunidade educativa. Mais do que a ficha de inscrição que é realizada em cada escola, é importante aplicar um questionário

inicial acerca das características sociológicas do aluno, tal como se realiza, por exemplo, em escolas no Japão. É importante, também, por parte da escola, que esta se mantenha atualizada acerca de situações como a perda de emprego de algum dos pais, divórcios, entre outras, de forma a apresentar estratégias positivas que balancem a potencial perda de “equilíbrio” nos alunos.

Todos estes aspetos devem ser monitorizados pelas escolas e ser discutidos pelo corpo docente de modo a serem criadas estratégias de prevenção junto dos alunos. No que respeita à própria experiência como docente, especificamente em uma escola de Sintra, que se encontra numa zona pobre, a nível socioeconómico, entendi o quanto este tipo de reuniões contribuiu para os docentes tentarem criar uma linguagem e estratégias conjuntas junto de certos alunos, aspeto este que os ajudou a manterem-se numa linha saudável de vivências.

Uma outra estratégia importante para potenciar esta dinâmica passa por levar os pais à escola. Utilizando aquilo que é referido por Camacho (2011), o autor propõe, com base nos seus resultados, e relativamente a esta temática, que é importante implementar políticas que facilitem a relação entre as famílias e a escola. Uma boa relação entre a família e a escola apresenta múltiplos benefícios para ambas as partes. Se, por um lado, a escola poderá beneficiar em conseguir trazer as famílias para o seu meio, por outro, as famílias poderão aceder, na escola, a ações de sensibilização que as ajudarão a enfrentar os vários desafios associados à adolescência.

Olhando para vários estudos já realizados, denota-se ainda mais a importância da família e das relações entre pais e adolescentes. É claramente importante que os pais entendam o seu papel relativamente a este aspeto e que a escola funcione como um ponto de ligação essencial, tal como referido por Ferreira (2012). Aqui, uma vez mais, ao nível da minha experiência pessoal, na escola em que tenho vindo a lecionar (Japão), realizam-se reuniões periódicas com os pais de modo a serem criadas estratégias em comum quando um aluno adolescente apresenta dificuldades relativamente a determinados desafios. É, então, feito um acordo entre os pais e todos os professores envolvidos, sendo que variadas informações são atualizadas semanalmente acerca das novas estratégias introduzidas.

Devido ao facto de o nível socioeconómico, nessa mesma escola e contexto, ser bastante elevado, verifica-se, por vezes, um distanciamento dos pais devido ao seu trabalho, por exemplo. Torna-se, então, importante relembrar aos pais as suas funções e ainda recordá-los que devem apresentar uma relação próxima junto dos filhos para que

estes se sintam à vontade em termos de comunicação, isto é, devem ser criadas formas alternativas de comunicação e devem ser fomentadas mais competências nesse âmbito.

A título do meu exemplo profissional a nível internacional, mais estratégias poderiam ser apontadas para manter a já referida proximidade dos pais com os jovens. Uma delas, e talvez uma das mais existentes no presente, diz respeito ao contacto telefónico e à criação de momentos específicos para conversar com os pais acerca dos seus filhos. Uma segunda estratégia, criada pela escola, consiste naquilo a que se chama “*conferences*”, nas quais, durante dois dias, não se dão aulas e os pais se dirigem à escola no intuito de se informarem sobre a atitude dos seus filhos nas aulas e nas quais, também, se cria um espaço para os professores poderem partilhar o seu conhecimento acerca de comportamentos não espectáveis dos alunos, não só nas aulas, mas também em outros âmbitos, nomeadamente no que se refere aos intervalos. Outro aspeto ainda relaciona-se com aquilo que é designado por “*3 days activities*”, nos quais os pais, durante 3 dias, podem assistir às aulas, acompanhar os seus filhos no seu dia-a-dia escolar, aproximando-os da escola e respetivos docentes e a relação circular entre escola, pais, professores e alunos.

Afigura-se, pois, vantajoso incluir um apoio aos pais nas referidas áreas, com vista a robustecer as suas competências e favorecer a diminuição do impacto de fatores de risco nos jovens (Matos, 1997; DiClemente *et al.*, 2001; cit. in Matos, 2005), bem como potenciar uma maior resiliência nos jovens, que, como se sabe, diminui a possibilidade de se verificarem comportamentos de risco (Simões *et al.*, 2009; cit. in Ferreira, 2013).

Importa não esquecer que este é um trabalho a ser realizado em todos os níveis, sendo que os professores são também, assim, agentes ativos. Torna-se fundamental que haja promoção de competências facilitadoras das relações interpessoais e de resolução de problemas que podem estabelecer importantes estratégias para um melhor ajustamento familiar (Sanders, 2000; Bourne, 2001; cit. in Ferreira, 2013).

No que concerne à monitorização, de referir, também, tal como descrito anteriormente, que é necessário prestar atenção a certos acontecimentos vividos em âmbito familiar, como, por exemplo, o falecimento de familiares ou os conflitos entre os pais, pois estes são percebidos pelos adolescentes como importantes fatores de risco para o seu equilíbrio emocional (Kirchner & Forns, 2000; cit. in Dias, 2013).

Há que entender, mais uma vez, que os jovens adolescentes ainda apresentam lacunas relativamente à resolução de diferentes desafios e é aqui que deve surgir um acompanhamento adequado a esses mesmos jovens. A título pessoal, para exemplificar, quando eu era jovem, aos 13 anos de idade, perdi o meu pai, sendo que a escola nunca

me garantiu nenhum tipo de serviço para me fazer passar por esse momento de uma forma mais saudável.

Continuando no que se refere à minha experiência como docente, na escola onde tenho vindo a lecionar, todos os alunos que apresentam dificuldades, sejam elas de aprendizagem, de controle emocional ou de relações interpessoais são tidos em conta. Tais dificuldades são identificadas e os professores reúnem-se semanalmente de modo a discutirem entre si as estratégias adequadas para cada caso. Todos os momentos e acontecimentos, tais como a perda de um familiar ou um divórcio, são prontamente identificados e medidas preventivas acerca de eventuais alterações são adotadas, sendo que são, igualmente, adaptadas estratégias ou, até mesmo, criadas novas por parte do corpo educativo.

Este exemplo juntamente com a própria experiência como educador, tem-se verificado bastante útil para que os alunos confiem nos professores e se sintam mais à vontade para partilhar o que sentem, bem como para receberem diversas formas de assistência. Esta deve, uma vez mais, incluir mais agentes e um deles, neste exemplo, consiste, claramente, nos pais dos alunos.

Outra estratégia importante passa pela promoção de programas de desenvolvimento de competências pessoais e sociais para os jovens, na escola, o que poderá prevenir o envolvimento em comportamentos de risco e poderá, igualmente, habilitar os jovens a comunicarem de forma mais adequada, não só com os pais, mas também com os seus pares, prevenindo o isolamento e aumentando o seu bem-estar.

Para que tal aconteça, há que completar, por outro lado, outros desafios, tais como o envolvimento das autarquias nesta área, através do financiamento de projetos que avaliem a relação das crianças e jovens com as suas famílias, com a escola e ainda os vários comportamentos de risco (através de metodologias quantitativas e qualitativas), o que será também determinante para, posteriormente, adequar políticas de intervenção (Camacho, 2011).

Com base na experiência empírica como docente, esta ligação é claramente importante. A nível pessoal, esta estratégia é aplicada através das aulas de saúde que estão incluídas no currículo que desenvolvo e nas quais, além do currículo a ensinar, existe uma ajuda aos jovens para estes criarem competências que lhes permitam, tal como referido, comunicar melhor e mais facilmente com os seus pais acerca de diferentes assuntos e, assim, fortalecer a relação.

Uma das competências bastante importante a desenvolver, além das competências comunicacionais, tem a ver com o fator da autonomia e com a capacidade

dos jovens em fazerem as suas escolhas individuais. Sabe-se que pais mais protetores podem restringir os comportamentos dos seus filhos, desencorajar a sua independência e controlar demasiado as atividades dos filhos, limitando o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, ou outras estratégias de “*coping*” necessárias para estabelecer relações interpessoais (Rubin, Coplan, & Bowker, 2009; cit. in Ferreira, 2013).

Assim, os autores que se debruçam sobre o estudo da família, em toda a sua complexidade, estão de acordo em dois pontos-chave: por um lado, é importante que os pais promovam a autonomia dos seus filhos, estejam presentes e se envolvam nas suas escolhas através do diálogo, mas, por outro lado, um estilo demasiado intrusivo ou de punição pode colocar os adolescentes numa situação de maior vulnerabilidade ao risco (McElhaney & Allen, 2001).

Na própria experiência profissional, é desenvolvido bastante este aspeto ao ser utilizado muitas vezes a palavra-chave ‘*independence*’. Esta palavra é também utilizada nas outras disciplinas, o que potencia o já referido desenvolvimento positivo no jovem adulto.

Nos últimos três anos, nos quais leciono a nível internacional, um dos aspetos que é incutido aos alunos de forma transversal pelas várias disciplinas, relaciona-se com o objetivo de criar cidadãos produtivos, de mente aberta relativamente a outras culturas, e que sejam autónomos na sua caminhada desde tenra idade para criar competências e estratégias que permitam superar diferentes desafios. É procurado ensinar transversalmente os perfis e as atitudes que os alunos devem adotar e desenvolver desde cedo, quase como uma linguagem comum entre disciplinas e professores, sendo que uma das atitudes que é fortemente promovida diz respeito à autonomia ou “*independence*” tal como já referido no parágrafo anterior. Isto é, a capacidade de o aluno se organizar por si só, assumindo esta capacidade desde cedo, sabendo confrontar diferentes problemas e aumentar os níveis de resiliência face a determinados desafios.

Baseado na própria experiência como docente em Portugal (incluindo o ano de estágio para licenciatura), denotei que esta era uma linguagem utilizada, mas não muito reforçada. Com base nos meus últimos três anos de ensino, vou assim ao encontro de estudos anteriormente referidos, nos quais é reforçada a importância de se verificar esta capacidade comunicacional aberta junto dos alunos, de modo a que estes se sintam à vontade com os docentes e para que, também, os possam orientar ou avaliar em áreas em que os alunos não apresentem capacidades individuais necessárias para vencer diferentes obstáculos.

Devido ao facto de ser no seio familiar que os adolescentes passam a maior parte do seu tempo, torna-se importante, mais uma vez, reinvocar os aspetos referidos juntos dos pais, lembrando que estes devem dar continuidade àquilo que os professores incutem nos seus alunos e vice-versa. O trabalho deve, assim, ser um trabalho conjunto.

Passando, agora, para outro contexto social, um dos aspetos que não foi referenciado na investigação anterior foi a dinâmica entre família/grupo de pares e também entre o último grupo em si.

Assim, para a família é importante conhecer as novas vinculações e interesses do adolescente, as características dos mesmos e dos ambientes que frequenta, as atividades e comportamentos em que se envolve, bem como os gostos que alimenta, de modo a facilitar a prevenção de comportamentos de risco e um desenvolvimento de saúde mais estável (Sussman, Pokhrel, Ashmore & Brown, 2007).

Assim como estratégia possível para este ponto, temos a criação de regras claras e uma boa negociação destas, dos pais para com os seus filhos, bem como fazer com que os adolescentes saibam avaliar o grupo no qual se inserem, se desviem de comportamentos de risco e, ainda, olhem para os pais como um elemento positivo para o seu bom desenvolvimento.

2.2.2 Importância do Grupo de Pares (Micro)

Como referido anteriormente, o grupo de pares é também um contexto socializador a ter em conta. É importante ter em atenção as amizades feitas e desenvolvidas pelos jovens e tudo aquilo que advém destas, já que diversos estudos apontam como aspetos positivos o facto de essas mesmas amizades 1) permitirem resolver conflitos, partilhar experiências e sentimentos (Pérez, Maldonado, Andrade & Diaz, 2007; cit. in Dias, 2013), 2) permite um sentimento de suporte social e de aceitação (Corsano, Majorano, & Champretavy, 2006; Chung & Furnham, 2002; cit. in Dias, 2013), 3) possibilitam representações de afeto mais estáveis, competências emocionais mais apropriadas para lidar com situações conflituosas, menos hostilidade e índices de ansiedade social menos elevados (Zimmermann, 2004), 4) dão origem a uma autoestima mais elevada e a mais experiências positivas em tarefas relacionadas com o desenvolvimento pessoal e social (Tarrant, Mackenzie & Hewitt, 2006), 5) transmitem confiança e segurança, diminuem os sentimentos de culpa, vergonha, medo ou inferioridade e possibilitam a experiência de novos papéis (Souza, Borges, Medeiros,

Teles & Munari, 2004; cit. in Dias, 2013), 6) são suscetíveis de criar oportunidades para discutir temáticas comuns ou diferentes das temáticas em seio familiar (Bourne, 2001), 7) podem gerar um ambiente propício ao desenvolvimento saudável, a bons níveis de sentimentos de pertença em contexto escolar e a bons resultados académicos (Vaquera & Kao, 2008; cit. in Dias, 2013), 8) podem predizer felicidade e satisfação com a vida (Demir, Ozdemir & Weitekamp, 2007; Demir, & Weitekamp, 2007; Suldo & Huebner, 2006; cit. in Dias, 2013), 9) são capazes de providenciar suporte social, partilha de interesses, sentimentos e emoções (Chung & Furnham, 2002; cit. in Dias, 2013), 10) são suscetíveis de contribuir para a formação de uma identidade positiva, desenvolvendo atitudes, opiniões, prioridades e objetivos juntamente com os pares (Sussman, Unger & Dent, 2004; cit. in Dias, 2013), 11) podem auxiliar na construção de uma imagem consistente de si próprios (Claudino, Cordeiro & Arriaga, 2006; cit. in Dias, 2013), 12) podem facilitar o trabalho dos jovens no sentido de incrementarem o desenvolvimento de competências sociais (Segrin & Taylor, 2007; Mouratidis & Sideridis, 2009; cit. in Dias, 2013), 13) são suscetíveis de diminuir as queixas somáticas dos jovens (Jellesma, Rieffe & Terwogt, 2008), 14) podem aumentar a autoestima e prevenir sentimentos de tristeza e infelicidade (Gabriel, Carvalho, Jaremka & Tippin, 2008; Tome, Matos & Diniz, 2008; cit. in Dias, 2013), 15) visam ajudar a reduzir o “*stress*” emocional e os sintomas de depressão e, por fim, 16) são capazes de promover comportamentos pro-sociais, práticas altruístas e, inclusivamente, um bom rendimento académico (Steinberg, 2005; cit. in Dias, 2013; Turner, 1999; cit. in Camacho, 2011). Por outro lado, a falta de integração com os pares e a existência de relações negativas ou conflituosas podem levar a sentimentos de mal-estar, a insatisfação, a sentimentos de solidão e de infelicidade, sendo que tal se relaciona negativamente com a saúde (Corsano *et al.*, 2006; Laftman & Ostberg, 2006; Tome, Matos & Diniz, 2008; cit. in Dias, 2013).

Denota-se, então, que a falta de amigos pode produzir o efeito de comportamento de risco, uma vez que os adolescentes que não têm amigos surgem como aqueles que mais experimentam substâncias ilícitas, tais como a heroína e o *ecstasy*, nomeadamente no mês imediatamente anterior à realização do estudo, os que mais fumam e, ainda, aqueles que se sentem mais tristes e infelizes relativamente às suas vidas (Tomé, Matos, & Diniz, 2008ab). Este aspeto é confirmado por um estudo realizado por Tomé, Matos e Diniz em 2008.

Além da existência - ou inexistência - de amizades, é também importante verificar qual tipo de grupo de pares em os adolescentes se inserem, pois este fator está intimamente relacionado com a adoção ou não de comportamentos de risco. De facto, e

como é sabido, uma boa relação com determinado grupo de pares, que apoie e que adote comportamentos protetores, será também ela promotora da adoção do mesmo tipo de comportamentos entre os adolescentes que pertencem ao grupo (Hartup, 2005).

Porém, o oposto também se verifica. Isto é, a pertença a um grupo de pares alargado que adote comportamentos de risco aumenta a vulnerabilidade para a adoção desses mesmos comportamentos, pelo que também os adolescentes apresentam maiores níveis de sentimentos de solidão, maior predisposição para o abuso de substâncias, perturbações psicológicas e comportamentos sexuais de risco, entre outros (Tomé, 2011).

Outros estudos confirmam esta afirmação ao descrever que os adolescentes que pertencem a um grupo de pares no qual a maior parte dos membros são fumadores têm maior probabilidade de iniciarem o consumo de tabaco. Esse efeito é interpretado como a influência do grupo de pares (Go, Green Jr., Kennedy, Pollard & Tucker, 2010).

Serão apresentadas, então, estratégias relativamente ao binómio que diz respeito à existência de amigos e ao tipo de amizades.

Relativamente a essas mesmas estratégias, é importante, pegando no primeiro ponto, confirmar que existe uma inserção num grupo de pares que pode, de uma forma geral, providenciar proteção em várias áreas da vida das crianças e adolescentes.

Para mais, é, uma vez mais, fundamental que exista uma monitorização junto dos adolescentes. Da minha experiência pessoal, denoto que muitos dos adolescentes que se isolam, deve-se a fatores bastante diversificados, tais como “*bullying*”, e a rejeição pelos seus pares. Devido ao facto de, como já descrito, os amigos terem um papel importante no aumento da autoestima, a tendência será, então, procurar amigos que façam os jovens sentir-se bem e, conseqüentemente, prevenir os sentimentos de tristeza e infelicidade (Tomé *et al.* 2008; Chung & Furnham, 2002). É importante tentar entender a origem deste isolamento e encontrar estratégias para que os adolescentes se reintegrem junto dos seus grupos de amigos, evitando as repercussões que poderiam surgir se nada fosse alterado.

Alimentar relações de amizade junto dos alunos apresenta-se como estratégia central, pois estas relações são um conceito associado à felicidade e que promove o suporte social, a partilha de interesses, de sentimentos e de emoções (Chung & Furnham, 2002).

Quanto ao segundo ponto, aquele que diz respeito ao tipo de grupos em que o jovem adolescente se insere, acaba por ser importante saber se os jovens alunos se encontram num bom equilíbrio a nível das suas relações interpessoais, ou seja, saber

que tipo de amizades desenvolvem e se os seus amigos apresentam algum comportamento de risco. Mais uma vez, é importante que os professores ou os diferentes profissionais da escola os saibam identificar e atuar no devido momento. Uma das estratégias que pode ser facilmente implementada nas aulas das diferentes disciplinas consiste na criação de grupos heterogêneos, em que são estimuladas diferentes relações e nos quais se tenta inculir sentimentos positivos de relacionamento.

O termo Inglês '*peer education*' é internacionalmente conhecido na área da educação para a saúde. Na minha vivência, este tipo de experiência é muito positiva junto dos alunos. Ao desenvolverem-se formas de trabalho, por vezes os educandos trabalham com pares que lhes são próximos, mas, outras vezes, com educandos que são mais distantes, o que pode potenciar diferentes formas de ligação e amizade. Ao juntar, por exemplo, um aluno positivo, com boas competências, junto de outro aluno, que apresente lacunas nesse âmbito, tal pode ser benéfico parte a parte e mesmo em termos de relação.

Nos programas que adotam a educação pelos pares, em que os jovens estão ativamente envolvidos entre si e constituem uma fonte de apoio informal para outros jovens, são utilizadas outras estratégias. Tais passam por incluir programas de tutorial, apoio *online* e acampamentos, entre outros (Silva, 2012).

Num contexto positivo, esta transmissão de conhecimentos permite reformular perceções negativas, assegurando oportunidades de desenvolvimento pessoal para os adolescentes (Svenson & Burke, 2005; cit. in Silva, 2012).

2.2.3 O Papel da Escola (Meso)

2.2.3.1 A Escola como promotora de um modelo de saúde

Há que ter como ponto de partida a ideia de que a própria escola pode, também, ser um fator com valências positivas ou negativas para a saúde dos jovens (Samdal, 1998; cit. in Ferreira, 2013).

De facto, os adolescentes passam grande parte do seu dia-a-dia na escola. Para mais, as experiências vividas em contexto escolar não afetam somente o desempenho académico dos jovens, como também têm influência no seu desenvolvimento social e emocional (Saab & Kingler, 2010), Chiapetti (2003) e Piko e Kovács (2010)).

A escola consiste num local de crescimento, onde os adolescentes podem

desenvolver o exercício da autonomia e de tomada de decisão, ambas tarefas imprescindíveis à sua vida adulta. Os estudantes mais envolvidos na escola, que gostam de a frequentar e que não apresentam problemas de rendimento escolar possuem mais hipóteses de sucesso académico, de apresentarem comportamentos mais saudáveis (Oddrun, Dur & Freeman, 2004) e menos comportamentos de risco (Murphey, Lamonda, Carney & Duncan, 2004).

Por outro lado, fatores como o mau desempenho académico, a falta de motivação para a aprendizagem, combinada com a falta de interesse em investir na realização pessoal, podem, de certa forma, contribuir para o envolvimento em comportamentos de risco, entre os quais, o consumo de substâncias (Tomé, 2011).

Como exemplo específico, relativamente ao tabaco, quanto mais frequentes forem os sintomas psicológicos e menor o bem-estar dos jovens e a satisfação com a escola, maior será o envolvimento destes, por exemplo, no consumo. (Biglan *et al.*, 1985; Debon & Klesges, 1995; Distefan *et al.*, 1998; Ellickson *et al.*, 2001; Goodman & Capitman, 2000; Lambert *et al.*, 2002; Sells & Blum, 1996; Stein *et al.*, 1996; cit. in Simões, 2005).

Para mais, a escola assume-se como espaço que assegura a participação dos alunos na construção da sua própria saúde, a promoção de atitudes positivas face aos outros, a aquisição e adoção de estilos de vida saudáveis e propiciadores de bem-estar não só no presente como no futuro (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2004; cit. in Silva, 2012).

A OMS (1986) refere que “A promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (Carvalho, 2006). Esta deve, então, promover a autoestima e autoconfiança nas pessoas, por forma a capacitá-las (*empowering*) para terem mais controlo sobre a sua própria saúde (Carvalho, 2006).

A promoção da saúde procura influenciar estilos de vida, serviços de saúde e ambientes (que não se limitam ao ambiente físico, mas também aos contextos culturais e socioeconómicos) que determinam o estado de saúde das pessoas (WHO, 2012, cit. in Ramiro, 2013).

A escola, como espaço educativo, é aceite, atualmente, como o local onde a educação para a saúde consiste na construção, de forma consistente, de oportunidades para a aprendizagem e que envolve formas de comunicação concebidas para melhorar a

literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de competências para a vida, conducentes a uma saúde individual e da comunidade (Rodrigues, 2005; WHO, 2012; cit. in Ramiro, 2013).

Uma escola pensada para promover a saúde deve fundamentar-se nos princípios da Carta de Ottawa e deve assentar em 6 principais princípios: políticas de escolas saudáveis; ambiente físico da escola; ambiente social da escola; competências individuais de saúde; competências de ação; e ligação à comunidade e serviços de saúde (Reis, 2012).

Num âmbito mais específico, em Portugal, relativamente a decisões já assumidas neste âmbito, a aliança entre a saúde e a educação é cimentada através da Rede de Escolas Promotoras de Saúde, da colaboração estabelecida entre Centros de Saúde e Delegações Regionais do Instituto Português da Juventude e, ainda, da legislação sobre educação sexual em meio escolar (Reis, 2012).

Especificamente em relação ao meio escolar, a promoção da saúde está inserida nas orientações curriculares dos ensinos pré-escolar, básico e secundário, devendo ser desenvolvida de forma transversal ao longo de toda a escolaridade e sempre em articulação com as famílias, associações de pais, profissionais de saúde, autarquias, organizações não-governamentais e a restante comunidade educativa (Reis, 2012).

Face a esta preocupação, o Programa Nacional de Saúde Escolar, através de uma estratégia de intervenção global, prioriza, assim, quatro áreas: a saúde individual e coletiva; a inclusão escolar; o ambiente escolar e os estilos de vida (Reis, 2012).

Nas escolas portuguesas, são vetores presentes no currículo e nos programas de promoção e educação para a saúde em meio escolar 1) a alimentação e a atividade física, 2) a prevenção do consumo de substâncias psicoativas, 3) a educação sexual em meio escolar e 4) a saúde mental, em particular no que respeita à prevenção da violência em meio escolar.

Perante o exposto, torna-se, importante criar um ambiente de escola promotor de saúde que poderá constituir num recurso para o desenvolvimento de comportamentos de saúde e de bem-estar, sendo que a satisfação dos jovens com a escola pode contribuir para a qualidade de vida dos mesmos. Um ambiente escolar percebido como positivo entre os jovens poderá influenciar positivamente o comportamento dos mesmos e, consequentemente, representar um desvio de comportamentos menos saudáveis por parte destes.

Para responder a tais ideias e tentar concretizá-las, várias estratégias serão apresentadas, sendo que vários atores deverão fazer parte desta operacionalização.

Iniciaremos, então, com um dos atores principais, que está bastante ligado à primeira ideia anteriormente referida, acerca da afiliação do aluno com a escola - o professor.

Percebe-se, hoje em dia, que uma relação com o professor que seja encarada de forma negativa está associada a comportamentos de risco - consumo de substâncias e violência - e a sintomas de mal-estar físico e psicológico (Matos, 2009; Matos *et al.*, 2011; cit. in Ferreira, 2013).

A ligação que o professor estabelece com os alunos, o suporte que lhes oferece, as expectativas que tem em relação aos seus alunos e as mensagens que transmite acerca das suas capacidades são fatores importantes para o desenvolvimento de competências nos jovens em relação a si próprios e à sua vida escolar (Simões, 2005).

O papel do professor surge como fundamental na promoção de capacidades de decisão e de escolha de estilos de vida saudáveis, sendo, por isso, a formação adequada dos professores uma das estratégias principais, devendo esta ter como objetivo uma formação pluricultural que contemple a valorização das características e culturas dos jovens (Neto & Ruiz, 1998; cit. in Ferreira, 2013).

O professor é, assim, um ator essencial em toda a manobra estratégica na mudança de conceções e mudança de comportamentos desviantes. Além de este ter que apresentar uma formação adequada, a minha experiência pessoal diz que é importante acreditar no princípio de investimento. Quando são, por mim, ministradas aulas de saúde, é visível a paixão com que o faço e isso leva a que os alunos acreditem nas minhas competências e no quanto são importantes os temas abordados. A consequência mais óbvia desta atitude refere-se ao facto de variadas vezes ser procurado por alunos, para que estes possam desabafar acerca de certas atitudes ou comportamentos de saúde que adquirem, bem a curiosidade que manifestam nas minhas diferentes aulas.

A escola assume, igualmente, um papel importante noutro aspeto identificado na investigação inicial, isto é, na promoção da resiliência nos estudantes, sendo o meio escolar um ambiente favorável à aquisição desta competência, que envolve a participação dos jovens e que tem níveis elevados de exigência (Tomé, 2011).

Um dos aspetos que foi criado recentemente e que poderia ser útil na escola na qual foi desenvolvido o presente estudo, e já apresentado anteriormente neste trabalho como estratégia, relaciona-se com a existência de uma educação para a saúde que permita, desta forma, colmatar as desigualdades, nomeadamente através da inclusão de temas tais como a promoção de competências de comunicação interpessoal, competências de resolução de problemas e gestão de conflitos (Matos, 2001; cit. in

Tomé, 2011). Tal poderia permitir aos adolescentes participar mais na vida escolar e envolverem-se com esta, atenuando a percepção reduzida de bem-estar e os problemas de internalização e externalização.

Como promover então todo este “*empowerment*” e operacionizá-lo?

Este “*empowerment*” pessoal oferecido pela educação para a saúde é feito através da aquisição de competências tais como o pensamento crítico e a tomada de decisão, a autoconfiança e as competências interpessoais, o conhecimento cognitivo - incluindo a compreensão sobre a informação relacionada com saúde – e o aumento da consciência crítica e da percepção psicológica – incluindo autoestima, Auto eficiência e percepção de controle (Scriven e Stiddard, 2003; cit. in Carvalho, 2006)

Silva (2012) refere, então, que para que este “*empowerment*” seja eficaz, uma escola promotora de saúde deve 1) promover a saúde e bem-estar dos alunos, 2) melhorar os resultados escolares, 3) defender os princípios de justiça social e equidade, 4) fornecer um ambiente seguro e de apoio, 5) fomentar a participação dos alunos, 6) fornecer, em permanência, a oportunidade de desenvolvimento das suas competências (*empowerment*), 7) articular as questões e os sistemas da saúde e da educação, 8) abordar questões de saúde e de bem-estar relacionadas com todo o pessoal da escola, 9) colaborar com os pais dos alunos e com a comunidade, 10) integrar a saúde nas atividades correntes da escola, no programa escolar e nos critérios de avaliação, 11) implementar estratégias diversas de ensino e aprendizagem, 12) explorar as questões de saúde no contexto da vida dos alunos e da comunidade, 13) estabelecer objetivos realistas com base em dados precisos e com sólidas evidências científicas e, por fim, 14) procurar uma melhoria e uma evolução constantes, através de supervisão e de avaliação contínua.

A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão, daí a importância e implementação de uma educação para a saúde em meio escolar (Calelessa, 2009).

Estes tipos de projetos devem ser guiados, tendo sempre como ponto de partida as necessidades dos grupos que o integram e por eles expressas. Devem, igualmente, utilizar a negociação para a tomada de decisões e ser estruturados em torno de atividades que as pessoas e grupos considerem ser as mais úteis. Os projetos devem, ainda, ser realizados pelas próprias pessoas e grupos, assumindo-se estes como os profissionais como recurso dinamizador e, por fim, devem proporcionar um clima de empatia e descontração que permita o desenvolvimento de atividades lúdicas. Posto isto, todos estes projetos e consequentes decisões são suscetíveis de promover a

autoconfiança, o desejo de participação e o sentimento de pertença a determinado grupo. Os processos participativos são vitais para o sucesso quando se pretendem atingir objetivos de saúde e bem-estar ou educativos, isto é, quando se pretende criar condições para que as pessoas se tornem cidadãos responsáveis e interessados na conquista progressiva do bem-estar.

Além de uma maior felicidade, e com vista a que as pessoas mudarem os seus comportamentos, estes programas devem ajudar os alunos a desenvolver competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamento saudáveis (Jones e Naidoo, 1997; Ewles e Simnett, 1999; cit. in Calelessa, 2009).

Por outro lado, segundo aquilo que foi descrito por Navarro (1995), os projetos relativos à saúde devem ser promovidos através da apropriação de informação sobre a saúde e simultaneamente do desenvolvimento das suas capacidades (cognitivas, afetivas, psicomotoras e sociais), permitindo aos indivíduos crescer de forma autónoma e com sentido de responsabilidade. Estes projetos devem, então, assumir uma intervenção no presente, mas com um efeito duradouro, idealmente para o resto da vida dos jovens adultos.

Devem ser criados critérios de sucesso, sendo que uma ação de educação para a saúde será considerada como um sucesso se a pessoa ou aluno tiver sido bem informado e tiver assumido a atitude de risco de saúde de forma consciente (Carvalho, 2006). Do mesmo modo, quando os indivíduos/alunos estão capacitados e aumentam o controlo sobre a sua saúde, para assim conseguir melhorá-la, estes deverão estar aptos a identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e alterar o ambiente ou adaptar-se a ele (Ramiro, 2013).

Uma das grandes instituições de saúde a nível mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no seu documento “Health for All” (Saúde para Todos), previa, para 2015, que cerca de 95% das crianças que frequentam a escola integrassem estabelecimentos de ensino promotor de saúde. O conceito de “escola promotora de saúde” (EPS) consiste naquele que inclui a educação para a saúde no seu currículo e possui atividades relacionadas com a saúde escolar.

Mesmo com tais diretrizes e objetivos, tem sido, no entanto, uma tarefa difícil a sua concretização, dado que, em algumas escolas e particularmente no que toca aos docentes, estes se encontram pouco envolvidos no espírito da escola promotora de saúde e, sempre que possível, tentam alterar as atividades da saúde para palestras sobre temas em relação aos quais não existe à vontade para abordar com alunos ou encarregados de educação.

Em relação à própria prática docente, tenho vindo a lecionar a disciplina de “*Health*” para todos os anos de escolaridade e tenho denotado que os alunos facilmente se ligam a esta temática, se o tipo de comunicação utilizada for aberta acerca dos diferentes aspetos. Logo, há uma necessidade que os professores estejam confortáveis acerca de todo o currículo que lecionam, contra aquilo que foi mencionado acima.

Assim, uma forma de combater esta problemática, não só em Portugal, mas também no contexto em que foi feita a presente investigação, consiste em proporcionar ações de formação neste âmbito junto dos educadores e docentes, ou em procurar uma formação mais específica na área. Na minha procura individual, foi pela universidade, que me foi permitido a obtenção das ferramentas necessárias para que me sentisse confiante na discussão e ensino de diversas temáticas de modo a estar apto a operacionalizar esta mesma educação para a saúde.

Relativamente a este aspeto, na minha própria experiência como docente em Portugal, o ensino da saúde não surgiu de forma. No ensino de Educação Física o aspeto da saúde é transversal, mas parece evidente que é necessária uma grande clarificação neste domínio e que deve ser criado um currículo para a saúde, com manuais que possam ajudar a uniformizar alguns aspetos e momentos mais específicos para o ensino desta.

Falando especificamente do professor, o de Educação Física deve ser um dos principais atores neste processo da promoção de saúde, sendo que a Educação Física deve promover e prosseguir claramente o seu conceito atual, no qual já se encontram presentes diversos aspetos ligados à saúde.

Há que lembrar, ainda, que vários autores afirmam este aspeto, referindo que a Educação Física é uma matéria privilegiada para se investir na promoção da saúde no contexto da saúde pública ao longo da vida, da mesma forma que os programas escolares devem influenciar os conhecimentos, comportamentos e atitudes desde a infância até à idade adulta (Haywood, 1991; Sallis & McKenzie, 1991).

Tal como referido no parágrafo anterior, a Educação Física promove estilos de saúde, previne comportamentos desviantes de saúde e vai ao encontro de fatores protetores - até de comportamentos de risco como os anteriormente mencionados, tais como a felicidade, o prazer, a interação social, etc.

O potencial que a Educação Física representa na promoção da saúde, e mais concretamente no desenvolvimento de estilos de vida cativos e saudáveis, tem sido reconhecido (CDC, 1997; Haywood, 1991; Sallis & McKenzie, 1991; USDHHS, 1996).

Num momento em que a sociedade e o poder político reconhecem cada vez mais

a importância da Educação Física para a saúde pública (Harris & Penney, 2000; Sallis & McKenzie, 1991; Tappe & Burgeson, 2004; cit. in Marques, 2010), surge como fundamental que se uniformizem as práticas para que efetivamente a escola e a Educação Física possam desempenhar um dos papéis fundamentais para o qual estão consagradas – a promoção de estilos de vida ativos e saudáveis da população escolar e bem-estar da sociedade (Trudeau & Shephard, 2005).

Importante referir que para esta estratégia seja eficaz, não é só do professor de Educação Física e dos professores em geral que a educação para a saúde deve partir, mas também de todos os agentes educativos, sendo que estes devem tomar então duas atitudes distintas: a persuasão ou a escola informada para a mudança de comportamento. Persuadir, por exemplo, a pessoa ou aluno a alterar o comportamento de risco (por exemplo, usar o preservativo), ou informá-lo acerca de um comportamento correto, enfatizando o risco a que está sujeito e as consequências que poderão advir da não mudança de comportamento. A ação da educação para a saúde será tida como um sucesso se a pessoa alterar o seu comportamento, usando o preservativo neste exemplo. Primeiramente, informa-se a pessoa sobre o risco a que está sujeita e as consequências que poderão advir da não mudança de comportamento, para depois tentar garantir ficar que a pessoa compreendeu os factos e os riscos envolvidos, e fazendo-se, ainda, um esforço no sentido de respeitar e apoiar a escolha feita pelo aluno, mesmo que este não corresponda às expectativas relativas à alteração do seu comportamento, pretendida pelo educador para a saúde (Carvalho, 2006).

Percebe-se, então, que este conceito tem vindo a ser alargado, sendo necessário, consequentemente, a existência de uma abordagem transversal e pluridisciplinar face à questão da saúde, que deve englobar profissionais de saúde, educadores e também políticos, decisores e líderes dos diversos setores sociais, devendo-se, então, dar importância à prevenção do risco, à proteção da saúde física, à promoção do bem-estar, ao incremento das dimensões sociais e culturais, à melhoria das condições de vida dos cidadãos, ao desenvolvimento cognitivo, à integração social, à promoção da cidadania, à participação na construção do bem comum, ao incentivo ao desenvolvimento e certificação de competências, ao alargamento das redes sociais de apoio e, por fim, ao interesse crescente pela qualidade dos contextos onde se desenvolvem os indivíduos (Lyubomirsky, 2008; Ribeiro, 2009).

Quanto a estes vários “grupos de interesses”, na implementação deste programa de saúde, de forma efetiva, as funções de cada elemento devem ser diversas e distribuídas, sendo que a função principal dos profissionais de saúde consiste em que

estes se foquem mais na capacidade do indivíduo em cumprir rigorosamente os regimes terapêuticos que lhe são prescritos. Em relação aos professores e educadores, como já foi referido anteriormente, é fundamental que estes trabalhem as competências cognitivas e sociais que os seus educandos vão adquirindo, com vista à mudança de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. Já os sociólogos da saúde devem procurar estimular a capacidade que as comunidades têm no que concerne ao acesso a bens de saúde. Relativamente aos membros da comunidade, pede-se que entendam a informação relacionada com os dados de saúde e que julguem e analisem tais dados, sendo capazes de distinguir o consenso social e as tomadas de decisão específicas em situações particulares. Por fim, cabe aos divulgadores de saúde trabalhar na capacidade do público em geral para compreender as mensagens de saúde e de educação para a saúde que lhe é transmitida através de jornais, revistas e livros (Carvalho, 2006).

Com base na própria experiência empírica, parece pois, imperativo que os vários agentes estejam envolvidos neste processo, que sejam claras as expectativas acerca da promoção de saúde, devendo, também, a saúde escolar potenciar e ampliar as propostas da escola contribuindo, desta forma, para uma articulação saudável entre esta, os pais e família, outras instituições e toda a comunidade (Calelessa, 2009). Resumidamente, uma articulação disciplinar deve ser promovida e desenvolvida.

A escola onde foi realizada a investigação inicial deve ser, assim, clara acerca do que se procura desenvolver, quais os principais objetivos, quais as competências a trabalhar, não só nos alunos, como também nos professores e no que se refere à abordagem a este assunto. Deve procurar-se com articulação e transversalidade entre todas as disciplinas, setores e parceiros, com vista a aumentar o impacto e a sustentabilidade dos programas de promoção de saúde e tentar angariar investimentos das autarquias ou colaboração com outras escolas, para, assim, potenciar este projeto e aumentar o impacto do mesmo.

É de salientar, mais uma vez, com base na própria experiência empírica, para a aplicação desta transversalidade e ligação com os restantes agentes educativos, profissionais, pode ser proposta como estratégia a promoção de “*Health Days*”, dias nos quais os alunos trabalham com base em diferentes temáticas, incluindo comportamentos de risco, sendo que transmitem, posteriormente, num dia específico aquilo que apreenderam através de atividades relacionadas com a saúde - partilha de conhecimentos, discursos, aulas de *step*, *yoga*, *walkthlon*, em que as famílias são convidadas a caminhar com os seus filhos e por cada quilómetro caminhado se recolhem fundos para se ajudar diferentes instituições, etc.. Todas estas atividades, para poderem

ser levadas a cabo, deverão envolver a maioria dos agentes escolares.

Continuando, cabe também aos serviços de saúde participar neste contexto, através de um trabalho regular e contínuo junto de cada escola, sendo que estes devem assumir-se como recurso próximo dos professores e com disponibilidade, para que ambos 1) consigam estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuo, acreditando no poder da evolução dos jovens, isto é, considerando-os como os principais recursos em saúde, capazes de se tornar autónomos e responsáveis e de participarem na resolução dos problemas que lhes dizem respeito, 2) se sintam preparados para desempenhar esse papel de referência e 3) se sintam seguros, quer na sua ação educativa, como na sua capacidade de dinamizar a participação de toda a comunidade educativa, das famílias e da comunidade exterior (Calelessa, 2009).

Por fim, é importante, embora tal não seja muitas vezes verificado, que haja um investimento por parte das diferentes instâncias, pois autores como Barrocal e Ruiz (2008; cit. in Silva, 2012) referem que a aposta na educação e na escola se trata de uma questão de saúde pública, uma vez que contribui de forma direta para a melhoria da saúde e do bem-estar. Na mesma linha de pensamento, autores como Humphrey, Curran, Morris, Farrel & Woods (2007), Bisquera (2008), Matos (2005) e Morales & Lopez-Zafra (2009 cit. in Silva, 2012) referem que se deve investir no contexto escolar e dar solidez aos seus alicerces, não apenas para o desenvolvimento económico e social, mas também para a redução de riscos de problemas de saúde mental e para o aumento do bem-estar e da realização pessoal.

Este investimento tem confirmado essas mesmas melhorias, como se comprova, por exemplo, no estudo de 2010 do HBSC promovido pela OMS, no qual se referem os progressos alcançados comparativamente com os resultados anteriores de 2002 e 2006 no campo da sexualidade e do consumo de substâncias, o que poderá estar associado a uma valorização da escola e a comportamentos de saúde ou de valorização da saúde (Matos, Simões, Tomé, Camacho, Ferreira, Ramiro, Reis, Gaspar, Veloso, Loureiro, Borges, Diniz & Equipa Aventura Social, 2012).

2.2.3.2 Educação Sexual

A saúde sexual é definida pela Organização Mundial de Saúde como:

Um bem-estar físico, emocional, mental, social associado à sexualidade. Ela não consiste em ausência de doença ou de disfunção. A saúde sexual precisa de uma abordagem positiva e respeitadora perante a sexualidade e as relações sexuais, bem

como perante a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coação, de discriminação e/ou de violência. A fim de atingir e manter a saúde sexual, os direitos humanos de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e assegurados (WHO, 2006; cit. in Reis, 2012).

Para se ser sexualmente saudável é necessário que os indivíduos tenham relações sexuais de uma forma segura, agradável e informada, sendo que estas devem estar baseadas numa autoestima positiva e em respeito mútuo (Edwards & Coleman, 2004; cit. in Reis, 2012). Por isso, as experiências sexualmente saudáveis podem melhorar a qualidade de vida e o prazer, as relações pessoais, a comunicação e a expressão de uma identidade (Edwards & Coleman, 2004; cit. in Reis, 2012).

Assim, a educação sexual (ES) pode assumir três formas distintas, sendo que todas estas devem apresentar as competências adequadas para ajudar os jovens. De acordo com a literatura (Chagas, 1993; Nunes, 2005; Ribeiro, 2006; Vilar, 1987; cit. in Ramiro, 2013), pode-se considerar a existência de três tipos distintos de educação sexual: a ES formal, a ES não formal e a ES informal.

A educação sexual formal baseia-se em processos estruturados, intencionais e formais de educação no âmbito da sexualidade, desenvolvidos num contexto formal e escolar. Temos, como exemplo, a disciplina de Educação Sexual. Esta caracteriza-se pela sua formalidade e intencionalidade, o que pressupõe a existência de um currículo explícito, estando, portanto, associada a um professor e a contextos curriculares.

Quando à educação sexual que apresenta um carácter não intencional e se considera não formal, esta não está, normalmente, associada a contextos curriculares e é veiculada por agentes que não o professor, tais como técnicos de saúde ou outros profissionais que atuem em contexto escolar. É também considerada ES não formal aquela que é feita através da comunicação social ou realizada pelas Organizações Não Governamentais.

A ES formal assume o contexto escolar e o agente professor como meios educativos por excelência e a ES não formal viabiliza a educação intencional através de agentes alternativos (Ramiro, 2013).

Por sua vez, a ES informal refere-se ao processo de aprendizagem da sexualidade que ocorre nas experiências e nas vivências dos indivíduos, proporcionadas nos diversos contextos sociais e perpetuadas por figuras significativas, tais como a família ou os amigos e colegas.

Segundo a UNESCO, os objetivos da Educação Sexual são quatro: aumentar os conhecimentos; compreender sentimentos, valores e atitudes; desenvolver as

competências; e promover a adoção e manutenção de comportamentos preventivos (UNESCO, 2009).

No que diz respeito, em concreto, ao estado da Educação Sexual em Portugal, esta foi criada quando o estado português garantiu o direito à ES como componente do direito fundamental à educação, através da Lei n.º 3/84, tendo o tema da ES sido objeto de discussão.

O XVII Governo Constitucional considerou a Educação Sexual como sendo uma temática prioritária na sua política educativa, incluindo-a nas múltiplas responsabilidades da escola atual (Despacho n.º 2506/2007).

Assim, seguindo as orientações de um grupo de especialistas (Relatórios Preliminar e de Progresso do GTES, 2005 e 2007b; cit. in Ramiro, 2013), o Ministério da Educação adotou um conjunto de medidas que visavam a promoção da ES: a) a revitalização dos currículos das disciplinas que contemplam conteúdos ou competências dessa área; b) a rentabilização de uma das áreas curriculares não disciplinares do ensino básico para a lecionação da PES (Programa de Educação Sexual) – do qual a ES faz parte; c) a obrigatoriedade da abordagem desta temática; d) a criação de um gabinete de apoio aos alunos do ensino secundário; e) o reforço do protocolo entre o Ministério da Educação e o da Saúde; f) a criação de um cargo de professor coordenador da área para dinamizar e zelar pelo cumprimento das orientações; g) a priorização da PES (e consequentemente da ES) na oferta de formação pelos Centros de Formação; h) a identificação de conteúdos mínimos a ser desenvolvidos entre o sexto e o nono ano de escolaridade; i) a criação de uma plataforma virtual em que as escolas partilhem experiências; j) a avaliação rigorosa dos projetos das escolas; k) a publicação de referenciais e, por fim, l) a disponibilização de uma bibliografia comentada na área.

Atualmente, questiona-se, ainda, a capacidade que as escolas e os professores têm para realizar uma intervenção de qualidade na área da ES, qual a sua verdadeira capacidade de resposta, quais os meios de que dispõem e qual o teor da informação transmitida. Contudo, reconhece-se cada vez mais a importância da ES na educação integral dos alunos, assumindo-a como uma componente fundamental da PES em meio escolar (Matos, Sampaio, Baptista & Equipa Aventura Social, 2013).

Entretanto, no ano letivo de 2011/2012 entrou em funcionamento a reorganização curricular do ensino básico (Decreto-Lei n.º 18/2011 de 2 de fevereiro) e do ensino secundário (Decreto-Lei n.º 50/2011 de 8 de abril). Em ambas, foi eliminada a Área de Projeto, área aconselhada pelo GTES (2007b) a ser rentabilizada para dinamizar a ES, deixando esta de estar nas prioridades do Ministério da Educação.

Uma vez feita a conceptualização, relativamente a este ponto serão também propostas algumas estratégias e algumas diretrizes.

Parece então que deve ser feita uma promoção da saúde sexual em vários âmbitos, sendo que esta deve incutir, tal como afirmam Menard e Hoffmann (2009), competências a nível afetivo relacional, nomeadamente competências de resolução de problemas e de tomada de decisão, de comunicação, assertividade e negociação, por forma a incrementar quer a prática de comportamentos sexuais seguros, quer os níveis de prazer e de bem-estar dos indivíduos nos seus relacionamentos sexuais (Reis, Ramiro & Carvalho *et al.*, 2009; cit. in Reis, 2012).

Num âmbito mais específico, no que se refere a esta promoção da saúde escolar, deve ser potenciada uma educação sexual que entenda a tarefa de educar os outros, devendo estar reservada, em primeiro lugar, à família e à escola e, em seguida, às instituições. Trata-se de um processo contínuo que não termina nos conhecimentos fornecidos no contexto escolar. Da mesma forma que na escola não se ensinam todos os aspetos da vida, a educação para a sexualidade não poderá ser, nem é assegurada unicamente pela escola (M.E. & M.S, 2000).

Conceitos como o de autoeficácia - negociação e perceção adequada de risco - sexual consistem num fator que deve ser promovido e que pode contribuir para que um jovem possa decidir ter relações sexuais seguras ou inseguras e, apesar de os indivíduos saberem que os comportamentos sexuais seguros reduzem o risco de infeção, só os adotam se acreditarem que são capazes de os desempenhar (Coulter, 2007; cit. in Reis, 2012). Aqui, mais uma vez, a educação sexual poderá ser considerada como fundamental.

A maior parte das investigações defendem que, para executar um comportamento sexual saudável, o indivíduo necessita de melhores competências comunicacionais sexuais e de uma perceção de prazer mais elevada (Seth, Raiford, Robinson, Wingood & DiClemente, 2010; cit. in Reis, 2012). Necessita, ainda, de um maior suporte social e de atitudes mais positivas acerca do uso de contraceção e do preservativo (Raj, 1996; Reece, Herbenick, Hollub, Hensel & Middlestadt, 2010; cit. in Reis, 2012) o que sugere que qualquer intervenção junto dos adolescentes e jovens adultos deve ajudar a otimizar as competências comunicacionais, dirigir-se a aspetos motivacionais e ensinar os indivíduos a ter prazer em atividades sexuais protegidas.

Para o planeamento deste tipo de intervenções devem ser tidas em consideração as necessidades de determinados grupos em particular, para os quais estas devem ser dirigidas especificamente, bem como devem ser seguidos os paradigmas teóricos que as

suportam (Kirby, 2001a; 2001b; cit. in Reis, 2012).

Com vista ao alcance de mudanças comportamentais, estas mesmas devem ser o foco principal dos objetivos e das estratégias de intervenção e prevenção dos riscos sexuais (Coyle, Kirby, Marin, Gomez & Gregorich, 2004; Esere, 2008; Kirby, Laris & Rolleri, 2007; Mueller, Gavin & Kulkarni, 2008; cit. in Reis, 2012).

“Assim um modelo que deve ser operacionalizado nas escolas deve ser o Modelo teórico de promoção de comportamentos saudáveis – Modelo Informação – Motivação – Aptidões Comportamentais” (Reis, 2012).

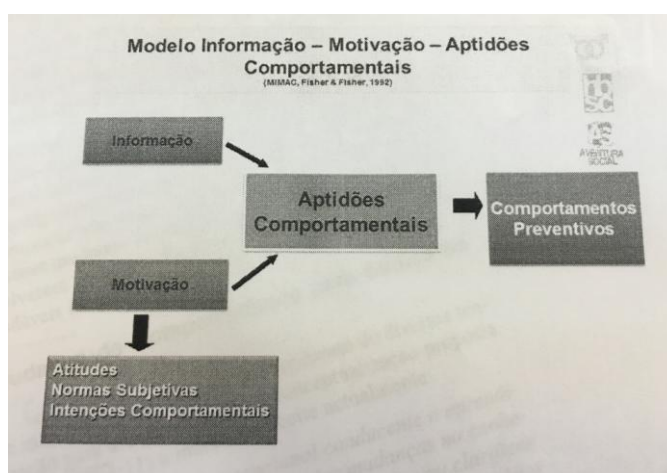


Figura 1- Modelo MIMAC

O modelo de informação – motivação e aptidões comportamentais (MIMAC, Fisher & Fisher, 1992; cit. in Reis, 2012) aponta três determinantes fundamentais na prevenção dos comportamentos sexuais de risco: a) informações sobre transmissão e prevenção; b) motivação para reduzir o risco (que inclui atitudes pessoais sobre comportamento preventivo, normas subjetivas para a prevenção sexual e intenções comportamentais; e c) aptidões comportamentais (incluindo a percepção de autoeficácia e de dificuldade) (Bandura, 1994; Fisher & Fisher, 1992; 1993; cit. in Reis, 2012).

Assim, existem 3 pré-requisitos para executar um comportamento sexual preventivo: informação, motivação e aptidões comportamentais. Juntos, eles vão determinar se os indivíduos serão capazes de adotar comportamentos preventivos (Reis, 2012).

Para que esta educação sexual seja eficaz, deve ser englobado também contextos sociais tais como a família, a escola, os professores, a comunidade, os técnicos de prevenção e o avanço dos conhecimentos, sendo estes encarados como elementos que interagem silenciosamente no desenvolvimento da vulnerabilidade ou

resiliência dos indivíduos. (Cortesão, Silva, & Torres, 2005; L ndberg, Santelli & Singh, 2006; Vilar, 2005; Vilar & Ferreira, 2008).

Além dos agentes educativos anteriores, a prevenção da saúde sexual deve exigir um programa global de atividades que inclua a saúde e a educação, bem como a política, o sector econ mico e os domínios jurídicos (Butler, 2004; Matos *et al.*, 2010a). Em cada área de a  o   necessário eliminar os fatores de risco e promover os fatores protetores. Devem existir então cinco domínios de intervenção - saúde, educação, política, economia e direito -, sendo que estes deverão basear-se nos seguintes princípios fundamentais: a) tomada de consciência sobre a importância do género na dinâmica de saúde sexual; b) reconhecimento da diversidade de papéis e orientações sexuais; c) promoção do respeito pelos direitos individuais; d) participação de todos, incluindo os mais vulneráveis e marginalizados, em atividades para promover a saúde sexual; e) tomada de consciência da necessidade de resolver os problemas associados os riscos e a vulnerabilidade; e f) criação de políticas e normas sociais propiciadoras de um bom ambiente de saúde e bem-estar.

Reforçando o papel das atividades políticas descritas no último parágrafo, estas são também necessárias quer para se mobilizar recursos financeiros, materiais e humanos para a saúde sexual, quer para mobilizar as forças vivas da comunidade (associações, instituições, delegações governamentais e não governamentais, entre outros).

De acordo com a literatura, se os jovens tiverem informação e motivação acerca dos comportamentos sexuais preventivos, poderão ser capazes de alterar as suas atitudes e, conseqüentemente, os seus comportamentos (Belo, & Silva, 2004; Synovitz, Herbert, Kelley & Carlson, 2002).

Com base nisto mesmo, é importante que a escola crie, então, sessões de esclarecimento para pais e encarregados de educação, alertando-os para os perigos da exposição excessiva aos m dia em determinadas idades, dos perigos e conseqüências de informações distorcidas e incorretas e das conseqüências da veiculação de comportamentos incorretos, carregados de simbolismo e valores que serão para a criança um modelo a seguir (Ramiro, 2013).

Num âmbito mais específico, o professor surge também como agente fundamental na implementação e sucesso da Educação Sexual. Segundo certos autores (Anastácio, Raposo & Carvalho, 2001; Sampaio, 1990), para garantir o sucesso da Educação Sexual,   necessário promover a adesão dos professores. A adesão, por sua vez, depende de vários fatores, como são as atitudes face à sexualidade em geral e  

sexualidade na adolescência; a importância que atribuem à Educação Sexual; a percepção que têm do apoio da comunidade; o conforto para abordar o tema; e a formação específica (que permita uma boa capacidade de comunicação, confiança e abertura (Yarber & McCabe, 1981; cit. in Ramiro, 2013), tal como estar atento aos problemas e necessidades dos alunos e respeitar a opinião destes, (Milton, Berne, Peppard, Hunt, Patton & Hunt, 2001) e conseguir promover uma relação positiva e significativa com os alunos (Health Canada, 1994; Milton *et al.*, 2001; cit. in Ramiro, 2013). Esta última parte vai ao encontro daquilo que aconteceu na minha experiência profissional, já que a formação específica que adquiri na Faculdade de Motricidade Humana me permitiu obter as competências necessárias e adequadas para o ensino da educação sexual. Esta especialização surge como tendo sentido, na medida em que, no contexto nacional, existem os graus académicos de Mestrado e Doutoramento em Promoção da Educação Sexual, pelo que, por si só, os Mestres e Doutores desta área poderiam e deveriam ser profissionais de recurso para a Educação Sexual, já que possuem competências e conhecimentos teóricos e empíricos, específicos e direcionados na área da educação sexual, podendo intervir de forma a responder eficazmente a novas oportunidades e exigências nacionais e locais.

Quanto aos pais, os resultados sugerem que a educação sexual em meio familiar ainda é incipiente, pelo que a promoção da formação complementar específica para pais é igualmente crucial através de várias formações ou diálogo com estes (Ramiro, 2013).

Para mais, de referir outro ponto estratégico, que se relaciona com a necessidade de existência de transversalidade da educação sexual, ponto este que já se apresenta como fundamental para a eficácia da educação sexual. Denota-se, atualmente, na nossa realidade, que, segundo os órgãos de gestão em 2006, era nas disciplinas de Ciências Naturais (89.6%) e de Educação Física (64.9%) que a maioria dos conteúdos relativos à PES eram abordados; em 2010 estas disciplinas perderam ligeiramente a centralidade (84.1%; 61%) pois as áreas curriculares não disciplinares (Formação Cívica: 78.3%; Área de Projeto: 78.3%) passaram a reforçar a abordagem da PES, tal como preconizado por um grupo de especialistas na área da educação para a saúde (GTES; cit. in Ramiro, 2013).

É importante também referir que os órgãos de gestão e a direção das escolas são os principais responsáveis pela gestão dos currículos e pela adaptação dos mesmos ao Projeto Educativo da Escola. Acresce que os órgãos de gestão são os primeiros a influenciar o clima da escola, e este não se limita ao clima social, mas, principalmente, a um clima de saúde positiva, numa perspetiva ecológica, compreendendo-se a influência

que a adesão dos órgãos de gestão à PES e à ES pode ter (Samdal & Rowling, 2013). A International Union for Health Promotion and Education (2008, cit. in Ramiro, 2013), refere também que conseguir mobilizar o apoio do órgão de gestão é o segundo passo facilitador (num total de dez) de um desenvolvimento de sucesso da PES a nível escolar.

É neste contexto que surge mais uma vez a escola, devendo esta ser um agente privilegiado na educação para a sexualidade e para os afetos, cabendo-lhe ensinar, educando de forma a favorecer o desenvolvimento global dos alunos, fomentando atitudes e valores e incentivando a formação de cidadãos livres, responsáveis, autónomos e respeitadores (GTES, 2007b; Vilar, 2005; Vilar & Ferreira, 2008).

Ainda um outro aspeto, o qual se demonstra efetivo na melhoria de comportamentos sexuais de risco, tem a ver com a eficácia de campanhas de sensibilização (Taquette, Andrade, Vilhena & Paula, 2005; cit. in Reis, 2012). Estas devem ser criadas também no contexto escolar de modo a trazerem mais informação aos alunos, ou até criação de ações por parte destes dentro desta temática.

Tal como a promoção da saúde, deve ser então retomado um processo de investimento, pela importância referida da educação sexual e pela confirmação do impacto desta junto dos jovens, onde Ramiro (2013), refere que os alunos de 8º e 10 anos que tiveram ES em meio escolar mencionaram menos frequentemente ter tido relações sexuais do que os que não tiveram Educação Sexual; dos que já tiveram relações sexuais mais frequentemente, os que tiveram ES na escola iniciaram a sua vida sexual mais tarde (aos 14/15 anos e aos 16 ou mais tarde) (Ramiro, 2013). Quanto à utilização do preservativo e da pílula contraceptiva na última relação sexual registou-se também um aumento da utilização destes nos alunos com Educação Sexual, à semelhança do que se observou quanto às relações sexuais associadas ao álcool e às drogas, tendo Kirby, Laris e Roller (2007; cit. in Ramiro, 2013) obtido os mesmos resultados. O estudo HBSC (2014) refere também que a maioria dos jovens não se envolve em atos de violência, denotando-se um decréscimo do consumo de tabaco, um decréscimo na utilização do álcool, um decréscimo de consumo de substâncias “ilegais”.

Em geral, os resultados sugerem que a ES em meio escolar promove comportamentos sexuais protetores, mas ainda há muito a ser feito, pois nem todos os adolescentes referiram ter esses comportamentos, o que pode trazer grandes problemas de saúde pública (Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões, 2011). Acresce que, apesar de os adolescentes se terem concentrado nos comportamentos preventivos, parecem ter secundarizado o conhecimento e as atitudes em termos gerais. Isto sugere que os programas de ES implementados em Portugal ainda são demasiado limitados a aulas

teóricas, fortemente homogêneos em termos de conteúdos e, conseqüentemente, inadequados para aumentarem o nível de conhecimento e atitudes face ao VIH, e muito menos as competências pessoais e sociais (de diferentes grupos alvo), como é proposto pelo GTES (2007).

Em síntese, a educação sexual, tal como a educação em geral, da qual faz parte, deve ensinar a pensar e não ensinar o que pensar, deve treinar o pensamento crítico, ou seja, permitir aos alunos participar ativamente no seu próprio processo de aprendizagem, construindo o seu eu, as suas regras, os seus limites, resistindo à influência dos amigos e da comunicação social, sendo portanto capazes de desenvolver um pensamento crítico, escolhendo como agir numa situação presente que os leve no sentido que desejam de uma situação futura. (Ramiro, 2013).

2.2.3.3 Violência/Bullying

Continuando esta análise, um dos aspetos bastante denotados após o estudo de investigação inicial diz respeito aos comportamentos agressivos ou de violência, sendo que este apresentou uma ocorrência desse tipo de comportamento em quase o dobro nos seus valores percentuais relativamente a outros estudos e que estes ocorriam na sua maioria no espaço escolar e especificamente nos recreios da escola investigada por nós. Na altura dessa investigação não foram apresentadas estratégias específicas no sentido de modificar esses valores.

Com vista a uma mudança desses comportamentos, deve-se entender que é na escola que acontecem marcadamente episódios de violência, tal como referido na realidade do estudo.

O recreio é o espaço físico onde os alunos aproveitam o seu tempo livre na escola e descurar estes espaços pode proporcionar a existência de comportamentos agressivos, violência e "*bullying*" entre os alunos, aspecto este identificado por Whitney e Smith (1993) no seu estudo em Sheffield, Inglaterra, onde foi descoberto que em 24 diferentes escolas, o recreio era o local onde ocorriam na sua maioria este tipo de comportamentos. Este aspecto é também corroborado por outros estudos (Pereira, Almeida & Valente, 1994; Pereira, Almeida & Valente, 1996; Pereira, *et al.*, 1996; cit. in Espiga, 2013), tal como no nosso estudo de investigação.

Os principais aspectos referenciados para que estes comportamentos agressivos ocorram no recreio têm a ver com fatores de contexto organizacionais e internos (relativos aos indivíduos); restrições nos recreios que levam ao aborrecimento dos

alunos; falta de diversificação da oferta e falta de supervisão; sobrelotação dos recreios resultantes de fatores organizacionais; dificuldades de gestão do tempo, e ausência de competências sociais que facilitem o jogo (cooperação, conhecimento e aceitação das regras (se estas não fizerem sentido para o aluno, estas não serão aceites por estes) (Espiga, 2013).

Os autores Sharp e Smith (1993) referem também estes factos, referindo que as crianças passam cerca de um quarto do seu tempo escolar no recreio, local que proporciona interações positivas ou negativas com os pares. Apresentam-nos, assim, uma análise e estratégia relevante da literatura, baseada em três pontos: 1) a adaptação dos espaços de recreio; 2) o treino dos supervisores, no período de almoço; e 3) a melhoria da qualidade do comportamento da criança no jogo (Espiga, 2013).

Assim alguns aspetos devem ter sido em conta para a mudança destes comportamentos.

A primeira estratégia para esta mudança é fazer ver junto dos alunos que estes diferenciem os vários tempos (tempo de estudo, hora de estar atento, fazer esforço, etc.), como também percebam a diferença dos vários espaços (a sala de aula é um local de trabalho individual ou em grupo, o ginásio uma sala de aula com diferentes características, etc.) (Espiga, 2013).

A segunda centra-se no espaço físico do recreio e a importância que deve ser dada a estes não só na sua manutenção, preservação, oferta de equipamentos desportivos, embelezamento, disposição e supervisão.

Há que olhar para o recreio como um espaço educativo e deve-se criar neste uma arquitectura que permita a todos os alunos realizarem as suas actividades e que estes estejam dispostos numa forma que vá ao encontro dos alunos (Espiga, 2013).

Para isso, os alunos devem ser abrangidos e convidados nesta ação de mudança e reconstrução dos espaços, levando estes a conjugar as suas ideias com a dos professores, levando isto a que estes sejam mais cooperativos em atividades construtivas e menos envolvidos em comportamentos agressivos (Pereira, Neto & Smith, 1998; Blatchford & Sharp, 1994). Esta construção ou mudança deve assentar na formulação de modelos de gestão dos espaços e equipamentos relacionados com os cuidados anteriormente referidos, tais como os de manutenção, animação, segurança e vigilância (Neto, Barreiros & Brito, 1992). Neto (2004) refere que a intervenção ao nível dos espaços de jogo (reinventando-os ou reorganizando-os) são melhorias que podem se traduzir em menor ocorrência de práticas de agressão nos recreios.

Outro fator a ter em conta é a densidade de crianças no recreio, uma vez que esta

densidade pode obrigar a lutar por espaço para realizarem o jogo/atividades que pretendem. As praticas de agressividade, especificamente o abuso de poder, os insultos e as lutas acontecem inevitavelmente se o espaço for reduzido e seus recursos também. Esta deve ser então adequada consoante o espaço disponível.

Passando a outro aspeto apontado anteriormente, o qual leva à ocorrência de comportamentos agressivos, tem a ver com a ausência de estímulos oferecidos pela escola ou mais especificamente pelos recreios. Isto pode levar ao aborrecimento da criança e consequentemente frustração, começar a lutar, importunar e a agredir nos recreios (Blatchford,1989). Apresenta-se então como estratégia oferecer equipamentos desportivos que ocupem esta ausência de estímulo, redireccionando os alunos num sentido mais positivo e oferta de diferentes desportos ou atividade a realizar (ter em atenção desportos que sejam inclusivos para todos, pois desportos como somente jogar futebol podem marginalizar e não serem inclusivos, devendo-se ter em atenção que as raparigas apresentam competências e motivações diferentes dos rapazes e que as habilidade motoras podem ser fator de exclusão) (Espiga, 2013).

A criação do espaço jogo está cientificamente provada como uma das formas mais eficazes de obter a participação das crianças e jovens (Calelessa, 2009).

Dentro do recreio, outro aspeto que apresenta impacto na mudança de atitudes tem a ver com a supervisão, ou falando mais especificamente, da ausência/ineficácia desta (Boulton & Smith, 1994). O aumento desta como estratégia, pode ajudar na prevenção de comportamentos agressivos, mas tendo em atenção sempre que a violência pode assumir diferentes formas e não só uma forma física. Um estudo de Cullen (1993) reforça esse mesmo aspeto, referindo o autor que há uma necessidade de o jogo livre no recreio ser monitorizado pelos professores de forma a promover a qualidade do mesmo.

Os supervisores devem estar atentos também aos alunos que se isolam, que procuram, assim, recantos de recreio onde há menor número de crianças por terem dificuldade de se integrarem em grupo. Esta atitude, que visa uma certa defesa pessoal, acaba por ter o efeito oposto, pois ficam simultaneamente mais longe da vigilância de um funcionário da escola. Ou seja, ao procurarem proteção nos espaços calmos podem encontrar quem os agrida, sem estar ninguém a quem possam recorrer ou pedir ajuda. Estas agressões pelo facto de serem isoladas são com frequência as mais graves pois os agressores agem mais à vontade, não havendo testemunhos da ocorrência, logo, nenhuma criança/adulto poderá ajudar (Espiga, 2013).

De referir que não se deve focar somente no número de supervisores, mas sim no

número e natureza das interações entre professores e alunos, pois se esta for positiva leva ao aproximar e a confiar nos supervisores e receber apoio dos mesmos (Espiga, 2013). E aqui mais uma vez ligado ao aspeto anterior, é necessário uma boa arquitetura dos recreios de modo a possibilitar uma boa supervisão.

Esta ligação mais efetiva entre supervisores e aluno, mais o facto que os alunos vítimas precisam de um sistema de proteção, e criar e realizar treino assertivo e aquisição de competências sociais juntos destes (Marques, 2000) leva ao encorajamento dos alunos a referirem os casos sérios de agressão ou *bullying* que ocorrem com eles ou outros alunos e consequentemente a definir regulamentos claros na prevenção destas ocorrências. Para o reforço deste mesmo aspeto os professores/supervisores são peça importante, mas para isso é importante o reforço da sua formação e o treino de estratégias de aplicação possível para resolver os problemas (Marques, 2000; Evans, 1990). O professor/supervisor devem assim assumir um papel fulcral na explicação de regras, sendo estas negociadas e aceites por ambas as partes envolvidas e interessadas (Espiga, 2013).

Um outro aspecto estratégico a ter em conta tem a ver, como refere Marques (2000), com o facto de informar os alunos acerca da gestão de conflitos pois pode servir como meio de aprendizagem sobre o indivíduo e os outros, construção de melhores relações, aprender novas e melhores formas de resolver os problemas.

A gestão de conflitos (Sharp, Cooper & Cowie, 1994; cit. in Espiga, 2013) passa pela informação dos alunos sobre a possibilidade de os evitar, os quais podem servir como meios de aprendizagem sobre o indivíduo e os outros, construção de melhores relações e aprender novas e melhores formas de resolver os problemas. Um conflito pode ser útil, dependendo da forma como é resolvido, e deve ser visto como um problema a resolver, processo este onde todos podem ser favorecidos, (Marques, 2000).

Por seu turno, Reicher e Emler (1985), nos seus resultados mostram que existe uma correlação entre atos de delinquência e atitudes acerca da autoridade. Assim, verifica-se que quanto mais os adolescentes percecionam as autoridades como imparciais e neutras, tanto menos desafiam as leis. As atitudes negativas face às autoridades institucionais levam a comportamentos desviantes.

As regras da escola, especialmente as restritivas, são apresentadas como fator de proteção em relação às substâncias (Allison *et al.*, 1999; Beauvais & Oetting, 1999; Samdal *et al.*, 1998; Page *et al.*, 1998; Steiberg & Avenevoli, 1998; cit. in Ferreira, 2013). Logo, este fator deve estar em mente como fator estratégico.

Uma das teorias mais conhecidas para explicar o referido no parágrafo anterior é

a teoria de aprendizagem social de Bandura (1986). Esta teoria afirma que a maior parte da aprendizagem é feita através da observação do comportamento de outras pessoas, as quais se apresentam como modelos sociais, e das consequências desse mesmo comportamento. Chama-se a este processo modelagem.

Importa então ter em conta que comportamentos assim observados e que são punidos têm mais probabilidade de serem inibidos, tais como comportamentos que foram reforçados têm mais probabilidade de serem repetidos.

Assim, do conjunto de estudos realizados por Emler e colaboradores (1985) pode-se afirmar que os adolescentes que possuem atitudes positivas acerca da autoridade institucional são aqueles que reconhecem a sua legitimidade e consideram o seu exercício como vantajoso e igualitário. Ao contrário, os adolescentes com atitudes negativas acerca da autoridade institucional são também aqueles que rejeitam as suas regras e propostas e as consideram discriminatórias e injustas.

Assim, o professor é o primeiro representante da autoridade formal com qual a maioria parte dos atores sociais, desde a infância até a adolescência, estabelecem uma relação. Emler e James (1994), Rubini e Palmonari (1995), Palmonari e Rubini (1998) e Palmonari, Rubini & Casoni (1999) confirmam o mesmo.

Diversos estudos têm demonstrado que é essencial compreender como os jovens percebem a escola para assim melhor se compreender o fenómeno da violência escolar.

Uma vida escolar participativa, bem como a perceção de segurança e um sentimento de pertença e de ligação com professores e alunos são fatores relevantes para um bem-estar sentido na escola (Gonçalves & Matos, 2007; Matos, 2005), não só nos momentos de supervisão mas também em todos os momentos de ensino por parte dos professores.

Por fim, outra estratégia que pode ajudar na prevenção de certos comportamentos de risco prende-se com a participação em atividades extracurriculares, pois estas apresentam-se com uma oportunidade para o desenvolvimento de um sentimento de pertença e bem-estar no contexto escolar (Bearman, 1998; Bonny, Britto, Klosterman, Hornung, Slap, 2000) e para a descoberta de novos interesses (Braconnier & Marcelli, 2000), devendo estes ir ao encontro dos interesses dos alunos e da forma como os querem frequentar, o que pode ser um aspeto ótimo, regularmente, ou então, ocasionalmente.

Estas atividades vão então desde treinos ou jogos a realizar nas horas de almoço, treinos ao final do dia e jogos, e se possível que ocorram frequentemente em cada semana, incluindo um professor responsável, podendo ter também a colaboração de

alguns familiares ou outros elementos da comunidade que possam coordenar ou dinamizar também estes espaços.

Referindo a própria experiência como treinador para as atividades extracurriculares, posso afirmar que tenho tido pais como treinadores adjuntos ou delegados, isto é, pais responsáveis por organizar as logísticas para cada jogo ou torneio. Esta aproximação é benéfica em todos os aspetos e mais uma vez aproxima os pais da escola (Espiga, 2013).

Este espaço ocupa os alunos, o que não se coaduna com tempo livre, onde estes podem estar expostos a determinados fatores de risco em desportos como por exemplo o judo, devido à sua natureza específica, ao mesmo tempo que envolve oposição, envolve também respeito, o que pode ser uma ótima forma de criar competências e evitar comportamentos mais agressivos (Espiga, 2013).

Por outro lado, não é só nas atividades físicas que se focam estas atividades, isto é, cada disciplina escolar deve criar clubes para ocupação dos tempos livres.

Ainda ligado a este aspeto o que pode também ajudar na criação de interações positivas é o desenvolver várias atividades, tais como torneios ou dias dedicados ao desporto no final de cada período ou até durante estes. Como profissional tenho dinamizado eventos chamados “*sports day*”, onde os alunos competem, mas ao mesmo tempo têm possibilidade de interagir com outros alunos. A atribuição de prémios *fair play* apresenta uma valência positiva nas atitudes e comportamentos dos meus alunos.

2.2.4 Media/Internet (Macro)

As novas tecnologias combinam hoje a possibilidade de, num mesmo aparelho, aceder a conteúdos televisivos e a *internet*, efetuar chamadas com imagem, enviar mensagens e imagens, aceder e editar informação em diversas plataformas, comentar artigos, envolvendo de forma ativa os vários atores do processo de comunicação.

Apesar ser ainda um fenómeno relativamente recente no nosso país, a utilização da *internet* pelos jovens tem registado um aumento significativo, graças também a políticas educativas que equiparam tecnologicamente as escolas, permitindo a todos os alunos um acesso facilitado à mesma em espaço escolar (Lei & Wu, 2007; Lee & Chae, 2007; cit. in Dias, 2013).

No entanto esta evolução tem vertentes de risco – a exposição a referências pornográficas, a violência ou a promoção de drogas e álcool são alguns dos exemplos da

utilização negativa dos meios de comunicação digital (Dias, 2013).

Pegando nesta temática, Pierce e Gilpin (1996) referem também que os anúncios e a promoção no caso específico do tabaco aumentaram a probabilidade de os jovens começarem a fumar. Num outro estudo verificou-se que o facto de os adolescentes verem filmes em que haja consumo de tabaco está positivamente associado ao consumo de tabaco nos adolescentes (James *et al*, 2001; cit. in Camacho, 2011).

Ao “*glamourizar*” o uso de tabaco como “costume de adulto”, as campanhas reforçam o tabaco como meio de independência e de serem adultos (O.M.S., 1998, in Santos e Pardal; cit. in Fonseca, 2013; Lima, 1999; cit. in Camacho, 2011).

Do ponto de vista estratégico, quanto ao primeiro ponto (computadores/*internet*) cabe aos adultos limitar a exposição de crianças e jovens aos conteúdos sexuais que proliferam nos meios de comunicação e ensiná-los a desconstruir e decifrar as mensagens que, através deles, são difundidas. É assim necessária a educação das famílias para que exista uma utilização correta e segura destes meios (Dias, 2013).

A função de estes dois agentes deve ser filtrar e adequar o tipo de mensagens que são lidas por estes.

Como docente, vivenciei o caso de um aluno em que os pais não tinham nenhuma monitorização do que este aluno assistia na plataforma “Youtube”, sendo geralmente estes de conteúdo violento, o que como consequência estimulou comportamentos de agressão verbal e física por parte deste aluno. Após diagnosticado o problema, deparei-me com a possibilidade de alertar os pais acerca deste tipo de questões e levar a um melhor controlo parental.

Para o segundo aspeto, *mídia*/anúncio, é importante criar por parte de todos os agentes uma desconstrução deste tipo de mensagens e providenciar um maior conhecimento acerca dos perigos do tabaco e outras substâncias, dos seus sintomas e definir as consequências negativas a nível físico ou social, criando atitudes negativas em relação ao seu consumo (Gomez-Duran, Gonzalez, Garcia, 1997; Matos, Gaspar, Vitoria e Clemente, 2003; cit. in Camacho, 2011).

É importante como estratégia informar os jovens, por exemplo, acerca das consequências de fumar, estando estas relacionado com o cancro do pulmão, com a doença cardíaca e também de outros comportamentos de risco como o consumo de álcool que apresenta risco para situações como cancro, cirrose, doenças cardiovasculares (Kaplan *et al.*, 1993; WHO, 1993) e o consumo de drogas ilegais, o qual tem também consequências, sendo os adolescentes menos autónomos e menos competentes em atividades positivas como a prática de desporto, atividades de tempos

livres, trabalho voluntário, sendo afastados da vida escolar e sendo mais provocadores, ao longo da sua vida adulta (Chassin, Delucia, Pitts, 1999).

Mais uma vez, é responsabilidade dos pais, professores, comunidade envolvente e restante comunidade educativa desmistificar este tipo de mensagens junto dos jovens adolescentes e contrabalançar essa informação com ações de sensibilização, por exemplo “*posters*”, que refiram as consequências desse tipo de comportamentos.

3. Notas Finais

Depois de sete anos a exercer funções docentes, foi muito relevante fazer uma atualização acerca dos dados atuais e do atual estado de coisas.

Foram apresentadas estratégias, baseadas não só no meu conhecimento e na minha experiência, mas também investigações mais recentes que no meu ver vieram ajudar o meu raio de ação assim como o de todos os intervenientes incluídos neste tipo de ações.

Há que realçar que em qualquer ação/intervenção que seja desenvolvida no sentido de melhorar a saúde dos nossos jovens adolescentes, todos os sistemas sociais tem que interagir e dar o melhor de si. Como Simões (2005) refere, os sistemas influenciam-se, isto é se um microssistema for fraco, terá repercussões no mesossistema ou vice-versa, acabando por ser um ciclo. Acaba por ser relevante que todos os agentes estejam em comunhão e que fortaleçam toda esta ligação, o que acabará por ser de um proveito ótimo por parte do jovem aluno.

Outras recomendações podem ser apresentadas, e de forma sucinta estas são: perceber que qualquer intervenção deve procurar ser uma perspetiva preventiva e não reativa; procurar colocar estas práticas em idades cada vez mais precoces, como por exemplo os alunos do 6º ano; entender que cada ação deve ir ao encontro específico de cada variável, sejam estas idade, género, contexto, etc., e que estas devem ser desenhadas de modo a ir ao encontro destes; perceber todos os contextos que envolvem a adolescência; potenciar os aspetos positivos que a escola e família poderão trazer consigo junto dos jovens adolescentes e estas duas em interação constante, trazendo as famílias à escola e esta em constante contacto com as mesmas; criar gabinetes de apoio para pais e filhos no espaço escolar, configurando um bom suporte não só para questões relacionadas com o percurso académico dos jovens mas principalmente para colmatar dificuldades de comunicação acerca de dúvidas e preocupações de parte a parte e que podem ser abordadas num espaço de conforto com o apoio especializado necessário; a abordagem deve ser incluída num modelo biopsicossocial, englobando o jovem e as relações que este estabelece nos diferentes contextos onde se insere; perceber e potenciar os fatores positivos associados aos grupos de pares, sendo esta interação de educação positiva nas suas relações e na prevenção dos consumos; considerar que medidas de prevenção do risco e de promoção da saúde devem estar presentes nas intervenções com os jovens num nível micro e também considerar um nível macro, tendo em consideração o desenvolvimento de políticas de saúde que privilegiem o acesso dos

jovens à informação através, por exemplo, da continuidade do trabalho desenvolvido ao nível da educação para a saúde.

Importa salientar a importância da existência de estudos que acompanhem a evolução dos comportamentos de risco na adolescência, considerando a ideia de que os fatores de risco se encontram relacionados e que estes fatores cumulativos aumentam o risco de o jovem atingir a idade adulta mais fragilizado.

Este tipo de trabalho permite um foco dos pais, educadores e técnicos de saúde numa maior atenção a indicadores preditores de risco, alertando para sinais como a insatisfação com a vida, fraca relação familiar, fraco envolvimento escolar, violência, entre outros, para que intervenham de forma mais eficaz (Ferreira, 2013).

Há também que criar, numa ótica pessoal, não só na escola formal, mas também nas restantes, um Programa de Saúde, tal como o Programa Nacional de Educação Física, que seja um documento aberto, consultado e implementado na escola.

Neste tipo de programa devem ser incluídas todas as diretrizes de como, onde e quando ser implementado, deve integrar o conhecimento acumulado de modo a ser transmitido e incluir as diretrizes referentes aos vários tipos de tarefas podem ser realizadas e a que conjuntos de populações devem ser direcionado esse conhecimento.

Há que lembrar então que adolescentes pouco esclarecidos ao nível do bem-estar e contextos sociais pouco atentos às questões da saúde adolescente podem colocar em risco o presente e o futuro da sociedade, a qual não poderá suportar os custos de uma população pouco saudável, de uma força de trabalho pouco produtiva e sem grandes noções de cidadania (Nabors, Troillet, Nash & Masiulis, 2005; cit. in Silva, 2012).

Está nas nossas mãos proceder a toda esta alteração e contribuir para que os adolescentes se desenvolvam harmoniosamente como parte produtiva da sociedade, munidos de saúde, e que transmitam estas formas positivas de pensar às futuras gerações.

Bibliografia

- Abar, C., & Turrisi, R. (2008). How important are parents during the college years? A longitudinal perspective of indirect influences parents yield on their college teens' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 33, 1360-1368.
- Anastácio, Z., Raposo, J., & Carvalho, G. (2001). Educação Sexual como contributo para a promoção e educação para a saúde. *Actas do 1º Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde* (pp. 1-11). Beja: Instituto Politécnico de Beja e Núcleo de Saúde Pública do Campo Branco.
- Ariza-Cardenal, C., & Nebot-Adell, M. (2002). Factors associated with smoking progression among Spanish adolescents. *Health Education Research*, 17(6), 750-760.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Barber, B., & Erickson, L. (2001). Adolescent social initiative: Antecedents in the ecology of social connections. *Journal of Adolescent Research*, 16(4), 326-354.
- Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009-2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Blatchford, P. (1989). *Playtime in the Primary School: Problems and Improvements*. Windsor. London: Routledge.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Bearman, P. (1998). What do we know about adolescent health? Findings from the national longitudinal study of adolescent health, *Consortium of Social Science Associations*, Washington.
- Belo, M. & Silva, J. (2004). Knowledge, attitudes, and practices on previous use of contraceptive methods among pregnant teenagers. *Revista de Saúde Pública*, 38 (4): 479-487.
- Benard, B. (1995). *Fostering resilience in children*. Consultado em 12-Jan-2016, do sitio: http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed386327.html
- Blatchford, P. & Sharp, S. (1994). *Breaktime and the school: Understanding and Changing*. Playground Behavior. London and New York: Routledge.

- Bonny, A., Britto, M., Klostermann, B., Hornung, R., & Slap, G., (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics*. Consultado em 20-Dez-2015 do sitio: www.findarticles.com
- Boulton, M. & Smith, P. (1994). Bullying victim problems among middle school children: Stability, self-perceived competence, and peer acceptance. *British Journal of Developmental Psychology*, 12 (1), 315-329.
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological models of human development. In Gauvain, M. & Cole, M. (Eds.), *Readings on development of children* (2nd ed., pp. 3-8).
- Calelessa, J. (2009). *Política educativa para a saúde em Angola*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Camacho, I., & Matos, M. (2008). A Família: Factor de Protecção no Consumo de Substâncias. Family: A Protector Factor in Substances Use In M. Matos (Eds) *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo? Substance Consumption: Lifestyle? Searching for a style? .* (Pp 165- 200). Lisboa: IDT
- Camacho, I. (2011). *Comportamentos de risco nos adolescentes portugueses*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Carlyle, K., & Steinman, K. (2007). Demographic differences in the prevalence, co-occurrence and correlates of adolescent bullying at school. *Journal of School Health* , 77,623-629.
- Carine, V., Lea, M., & Dirk, B. (2004). The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *Journal of Adolesct Health*, 34(4), 330-338.
- Carvalho, G. (2006). *Atividade Física, saúde e lazer*. Lidel: Edições Técnicas.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Edições Verbo.
- Chassin, L., DeLucia, C. Pitts, S., (1999). *The relation of adolescent substance use to young adult autonomy, positive activity involvement, and perceived competence*. *Development and Psychopathology*, 11, 915-932.
- Chung, H., & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence*, 25, 327-339.
- Coleman, J. (1985). *Psicologia de la adolescencia*. Madrid: Morata.

- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94 (Suplemento), S95-S120.
- Corbin, C. & Lindsey, R. (2007). *Fitness for Life*. Human Kinetics: 5th Edition
- Cortesão, I., Silva, M., & Torres, M. (2005). *Educação para uma Sexualidade Humanizada*. Porto: Edições Afrontamento.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. & Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009-2010 survey* (pp.139-214). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Cruz, J. (2008). *Os professores e os comportamentos de risco de alunos adolescentes*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Cullen, F. (1993). *Gender, Bullying Victimization, and Juvenile Delinquency: A Test of General Strain Theory*. London & New York: Routledge, 346-364.
- Dias, S. (2013). *Educação Sexual nas escolas do concelho de Oeiras: Perceção de professores e alunos*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- DiClemente, R. Hansen, W., & Ponton, L., (1996). Adolescents at risk: A generation jeopardy. In DiClemente R., Hansen, W., & Ponton, E. (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 1-4). New York: Plenum Press.
- Dishion, T., Capaldi, D., Spracklen, K., & Li, F. (1995). Peer ecology of male adolescent drug use. *Development and Psychopathology*, 7, 803-824.
- Eisenberg, N., Carlo, G., Murphy, B. & Van Court, P. (1995). Prosocial development in late adolescence: A longitudinal study. *Child Development*, 66, 1179–1197.
- Espiga, M. (2013). *Bullying na Escola*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Evans, J. (1990). The teacher role in playground supervision. *Play and culture*, 3 (1) , 219-234.
- Ferreira, M. (2013). *Consumo de substâncias, estilos de vida ativos e a saúde dos adolescentes portugueses*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.

- Fonseca, A. (2013). *Hábitos tabágicos dos alunos da escola secundaria Miguel Torga*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Frasquilho, M. (1998). Estilos de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento – problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (1), 13-19.
- Freud, S. (1968). *Obras completas*. Madrid: Editorial Biblioteca Nova.
- Gabriel, H. (2013). *Profissão: Educador de Saúde*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Garnezy, N. (1991a). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics Annals*, 20(9), 462-466.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56,127-136.
- Garnezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psiquiatry: Modern approaches* (pp. 152-176). London: Blackwell Scientific Publications.
- Giedd, J., Blumenthal J., Castellanos, F. , Jeffries N. , Paus. T., Liu. H., Zijdenbos. A., (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2(10), pp. 861-863.
- Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 55-80.
- Glew, G., Fan, M., Katon, W., & Rivara, F. (2008). Bullying and school safety. *The Journal of Pediatrics* , 151,123-128.
- Go, M., Green J., Kennedy, D., Pollard, M., & Tucker, J., (2010). Peer influence and selection effects on adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence* , pp. 108-113.
- Gonçalves, S., & Matos, M. (2007). Bullying in schools:predictors and profiles. Results of the Portuguese health behaviour in school-aged children survey. *International Journal of Violence and School* , 4, 91-108.
- Gomes A. (1995). *Comportamentos relativos a saúde em crianças e adolescentes em idade escolar: HBSC – um estudo de colaboração com a Organização Mundial de Saúde* (pp. 107-121).
- Gómez-Durán, B., González, S., & García, M. (1997). Variables cognitivo-conductuales e iniciación en la conducta de fumar tabaco. *Infancia y Aprendizaje*, 79, 35-45.

- Gore, S., & Eckenrode, J. (1996). Context and process in research on risk and resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 19-63). New York: Cambridge University Press.
- Grotberg, E. H. (1997). The international resilience project. *Annual Convention , International Council of Psychologists*. Retirado em 20-Mai-2016, do sitio: <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb98a.html>
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- GTES (2007b). *Educação para a saúde nas escolas: relatório final*. Consultado em 15-04-2016 do sitio: www.dgidec.min-edu.pt
- Hagan, J. (1998). Life course capitalization and adolescent behavioral development. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 499-517). New York: Cambridge University Press.
- Hansen, W. & O'Malley, P. (1996). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 161- 192). New York: Plenum Press.
- Harrell, J., Bangdiwala, S., Deng, S., Webb, J., & Bradley, C. (1998). Smoking initiation in youth: The role of gender. *Journal of Adolescent Health*, 23(5), 271-279.
- Hartup, W. (2005). Peer interaction: What causes what? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (3), 387-394.
- Hauser, S. T., Vieyra, M. A., Jacobson, A. M., & Wertreib, D. (1985). Vulnerability and resilience in adolescence: Views from the family. *Journal of Early Adolescence*, 5(1), 81-100.
- Haywood, K. (1991). The role of Physical Education in the development of active lifestyles. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62 (2), 151-156.
- HBSC (2014). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão*: Edições F.M.H.
- Huebner, H., & Howeell, L. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health* , 33 (2), 71-78.
- Kandel, D.(1998). Persistent themes and new perspectives on adolescent substance use: A lifespan perspective. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 43-89). New York: Cambridge University Press.
- Kaplan, R., Sallis, J., & Patterson, T.. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.

- Kaska, D. (2007). Controle de Alcool nas Cambras. *Kaska & Deskaska*. Consultado em 14-Nov-2015 do sitio: <http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/alcool.htm>.
- Lambert, M., Hublet, A., Maes, L., Van den Broucke, S., Verduyck, P., (2002). *Report on the project: Gender differences in smoking in young people*. Brussels: Flemish Institute for Health Promotion.
- Jellesma, F., Rieffe, C., & Terwogt, M. (2008). My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Social Science & Medicine*, 66, 2195-2205.
- Lassalle, J. (1997). *La Violence dans le Sport*. Paris: PUF.
- Lindberg, L., Santelli, J., & Singh, S. (2006). Changes in formal sex education: 1995-2000. *Perspectives on sexual and Reproductive Health*, 38(4):182-189.
- Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995a). Resiliency: Relevance to health promotion - Detailed analysis. Consultado em 05-Jan-2016 do sitio: www.hc-sg.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pube/resilncy/analysis.htm.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995b). Resiliency: Relevance to health promotion - Discussion paper. Consultado em 05-Jan-2016, do sitio: www.hc-sg.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pube/resilncy/analysis.htm.
- Marques, M. (2000). *Espaço de Jogos e desenvolvimento da Criança*. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana, 34-105.
- Marques, A. (2010). *A Escola, a Educação Física e a promoção de estilos de vida ativa e saudável: Estudos de caso*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Matos, M. (1997) *Comunicação, Gestão de conflitos e saúde na escolar*. Edições F.M.H.
- Matos, M., Simões, C., Reis, C., & Canha, L. (2000). A saúde dos adolescentes Portugueses. *Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS 1998*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de Educação para Todos.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006). A saúde dos adolescents portugueses: Hoje em 8 anos. Consultado em 13-Mar-2016 <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos, M. (ed) (2008). *Sexualidade, Segurança e SIDA*. Lisboa: IHMT/FMH/FCT.

- Matos, M. et al. (2010). Sexualidade, cultura e saúde sexual em Portugal e na América Latina. In M. Matos (coord), *Sexualidade, Afectos e Cultura – Gestão de problemas em meio escolar*. Coisas de Ler, pp. 159-175.
- Matos, M., Camacho, I., Diniz, J., Ferreira, J., Ferreira, M., Simões, C., Tomé, G., Ramiro, L. (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, FMH/Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A., Diniz, J. & Equipa Aventura Social (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL; FMH/Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M., Ramiro, L. Reis, M., & Equipa Aventura Social (2013). *Online Study of Young People's Sexuality – HBSC/OSYS: Estudo nacional sobre a saúde sexual dos adolescentes e jovens portugueses. Relatório Final do Estudo - Dados Nacionais 2011*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA/Alto Comissariado para a Saúde-Ministério da Educação; CMDT/IHMT/UNL; FMH/UTL; FCT/MCTES; IPJ; Portal Sapo.
- McElhaney K., Allen J. (2001). Autonomy and adolescent social functioning: the moderating effect of risk. *Child Dev.*, 72, 220-35.
- Milton, J., Berne, L., Peppard, J., Hunt, L., Patton, W., Hunt, L. et al., (2001). Teaching sexuality education in high schools: what qualities do Australian teachers value? *Sex Education*, 1(2), 175-186.
- Ministério de Educación y Ciencia. (1991). *Los escolares y la salud: Avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionados con la salud*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas/MS.
- Monteiro, A. (2004). *Estilos de vida e saúde dos adolescentes: acidentes e lesões em contexto escolar*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Mullan, E., & Currie, C. (2000). Socioeconomic inequalities in adolescent health. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, C. A. Smith & J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people* (pp. 65-72). Copenhagen: World Health Organization.
- Murphey, D. A., Lamonda, K. H., Carney, J. K., & Duncan, P. (2004). Relationships of a brief measure of youth assets to health-promoting and risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34, 184-191.

- Muuss, R. (1996). *Theories of adolescence* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nabors, L., Troillett, A., Nash, T., & Masiulis, B. (2005). School nurse perceptions of barriers and supports for children with diabets. *Journal of School Health*, 75(4), 119-124.
- Navarro, M. (1995). *Educação para a saúde – Informar sobre saúde ou proporcionar o crescimento para a autonomia*. Lisboa: ENSP, Temas de saúde Materno Infantil e Escolar 2.
- Neto, C. (2004). Desenvolvimento da motricidade e as "culturas de infância". In: Moreira, W. & Simões, R. (Org.). *Educação Física – Intervenção e Conhecimento Científico*(pp.147-156). Piracicaba, Brasil: Editora UNIMEP.
- Neto, C., Barreiros, J. & Brito, M. (1992). *Normas de segurança para espaços de jogo infantil*. Lisboa: Instituto Nacional de Defesa do Consumidor.
- Oddrun, S., Dür, W., & Freeman, J. (2004). School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp.42-51). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Oliveira, A. (2000). *Comportamento social dos jovens em idade escolar: atitudes e fatores de risco, no caso específico de comportamentos aditivos e comportamentos aditivos e comportamentos sexuais de risco*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1985). *As Metas da Saúde para Todos* (pp. 68-81). Lisboa: Guide.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (Direcção Geral de Saúde, Trad.) Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada. Consultado em 28-Jan-2016 do sitio: http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html).
- Palmonari, A., Pombeni, M. L., & Kirchler, E. (1992). Evolution of the self concept in adolescence and social categorization processes. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 3, pp. 285-308). New York: John Wiley & Sons.
- Palmonari, A., Rubini, M. (1998). Adolescenti, scuola e rapporto com le autorità istituzionali. A cura di Francesco Paolo Colluci: *Il cambiamento imperfetto. I cittadini, le comunicazione política, I leader nell'Italia degli anni novanta*. (pp. 209-217). Italia: Edizione Unicopli.

- Palmonari, A., Rubini, M., & Casoni, E. (1999). Psycho-social approach to the study of the orientation toward formal authority. *Paper presented at the XII General Meeting of the EAESP (pp.183-189)*. Oxford
- Pereira, B., Neto, C., & Smith, P. (1998). *Os espaços de recreio e a prevenção do "bullying" na escola*. Lisboa: Edições FMH
- Perry, C., & Stauffer, M., (1996). Tobacco Use. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 53-81). New York: Plenum Press.
- Piko, B., & Fitzpatrick, K., (2007). Socioeconomic status, psychological health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, 17,353-360.
- Piko, F., & Kovács, E.(2010). Do parent and school matter?.Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-56.
- Prazeres, V. (1998a). Os adolescentes, os oceanos e a saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (2) 13-16.
- Prazeres, V. (1998b). *Saúde dos adolescentes – Princípios orientadores*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Prokhorov, A., Hudmon, K., & Stancic, N. (2003). Adolescent smoking: Epidemiology and approaches for achieving cessation. *Paediatric Drugs*, 5(1), 1-10.
- Ramiro, L. (2013). *A Educação Sexual na mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Ramiro, L., Diniz, J., Matos, M., Reis, M., Simões, C. (2011). Educação Sexual, Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1), 11-21.
- Reicher, S., Emler, N. (1985). Delinquent behaviour and attitudes to formal authority. *British Journal of Social Psychology*, 24, 161-168.
- Reis, M. (2012). *Promoção da saúde sexual em jovens universitários portugueses – conhecimentos e atitudes face a contraceção e a prevenção das ISTs*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Reis, M., Ramiro, L., Carvalho, M., Pereira, S. (2009). A Sexualidade e os Amores. In Sampaio, D. & Matos, M. (Coord.). *Jovens com Saúde – Diálogo com uma geração* (pp. 265-282). Lisboa: Texto Editores.

- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. & Nunes, C. (coord.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health*, 15(3), 179-186.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1996). Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 354-385). New York: Cambridge University Press.
- Sallis, J. & McKenzie, T. (1991). Physical Education's role in public health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62 (2), 124-137.
- Samdal, O., Rowling, L. (2013). *Introduction. In The Implementation of Health Promoting Schools – Exploring the theories of what, why and how*. Routledge.
- Sampaio, M. (1990). A educação sexual e o sistema educativo. *Planeamento Familiar*, 47/48,3-5.
- Scragg, R., Laugesen, M., & Robinson, E. (2002). Cigarette smoking, pocket money and socioeconomic status: Results from a national survey of 4th form students in 2000 [Abstract]. *The New Zealand Medical Journal*. Consultado em 18-Abr-2016 do sitio: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12362183
- Sells, C., & Blum, R., (1996). Current trends in adolescent health. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 5-34). New York: Plenum Press.
- Settortobulte, W. (2000). Family and peer relations. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settortobulte, C., Smith & Todd, J. (Eds.), *Health and health behaviour among young people* (pp. 39-48). Copenhagen: World Health Organization.
- Simantov, E. (2000). Health compromising behaviours: why do adolescents smoke or drink?. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* , 2(1),85-101.

- Silva, A. (2012). *Recursos pessoais e bem-estar nos adolescentes portugueses: Autopercepção, lazer e atividade física*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Simões, M. (2005). *Comportamentos de Risco: Estudo dos fatores aliados ao risco e a proteção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28, 78-106.
- Steinberg, L. (1998). Adolescence. *Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence*. Consultado em 20-Mar-2016 do sitio: www.findarticles.com
- Sussman, S., Pokhrel, P., Ashmore, R., Brown, B. (2007). Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 32, 1602-1627.
- Synovitz, L., Herbert, E., Kelley, R. & Carlson, G. (2002). Sexual knowledge of college students in a southern state: relationship to sexuality education results of Louisiana college student study shows need for sexuality programs. *American Journal of Health Studies*. Consultado em 18-Mar-2016 do sitio: www.findarticles.com
- Tarrant, M., Hewitt, L., MacKenzie, L., (2006). Friendship group Identification, multidimensional self-concept, and experience of development tasks in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 627-640.
- Tomé, G. (2011). *Grupos de pares, comportamentos de risco e a saúde dos adolescentes portugueses*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).
- Tomé, G., Matos, M. & Diniz, A. (2008). Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência Substance consumption and social isolation during adolescences in M. Matos (Ed.) *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo? Lifestyle? Searching for a style?* (pp. 95-126). Lisboa: IDT
- Trudeau, F. & Shephard, R. (2005). Contribution of school programmes to physical activity levels and attitudes in children and adults. *Sports Medicine*, 35 (2), 89-105.

UNESCO (2009) *Orientação Técnica Internacional sobre Educação Sexual; Uma abordagem baseada em fatos comprovados e destinada a escolas, professores e educadores na área de saúde. volume 1 & 2*, Paris: UNESCO. Publicado em parceria com a UNAIDS, UNFPA, UNICEF e OMS.

USDHHS (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Vilar, D. (2005). *Falar Disso - A Educação Sexual na Família dos Adolescentes*. Lisboa, Portugal: Edições Afrontamento.

Vilar, D., & Ferreira P. (2008). Educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes. Comunicação apresentada no *Seminário de Educação Sexual: estudos, contextos, recursos, experiências*, a 17 de Outubro de 2008 no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (pp.34-47). Lisboa

Vilar, D., Duarte, S., Ferreira, P., (2009). Educação Sexual dos Jovens Portugueses – conhecimentos e fontes. *Educação Sexual em Rede*, 5, 2-53

Weinberg, N., Rahdert, E., Colliver, J., & Glantz, M., (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Consultado em 15-01-2016, do sitio: www.findarticles.com

Werner, E., (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.

Werner, E., (1994). Overcoming the odds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 131-136.

Werner, E., & Smith, R., (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.

Whitney, I., & Smith, P., (1993). A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educational Research*, 35(1), 3-25.

WHO. (1993). *The health of young people: A challenge and a promise* (pp.81-92). Geneve: World Health Organization.

WHO, (1999). *Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper*. Brussels, European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. Consultado em 09-Maio-2016 do sitio: http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html<http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>)

WHO. (2002). The World Health Report. Consultado em 16-Mar-2016, do sitio: www.who.int/whr/2002/en/

WHO (2011). *The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries. Background paper for a consultation*. Geneva: World Health Organization. Consultado em 04-Abr-2016 do sitio: <http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2012/adolescent-health/Adolescent-health-WHO-documents.htm>

Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 83-101.

Anexos

Caracterização da Amostra

Género

		Género			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	215	50,0	50,0	50,0
	Feminino	215	50,0	50,0	100,0
	Total	430	100,0	100,0	

Tabela 1 – Género

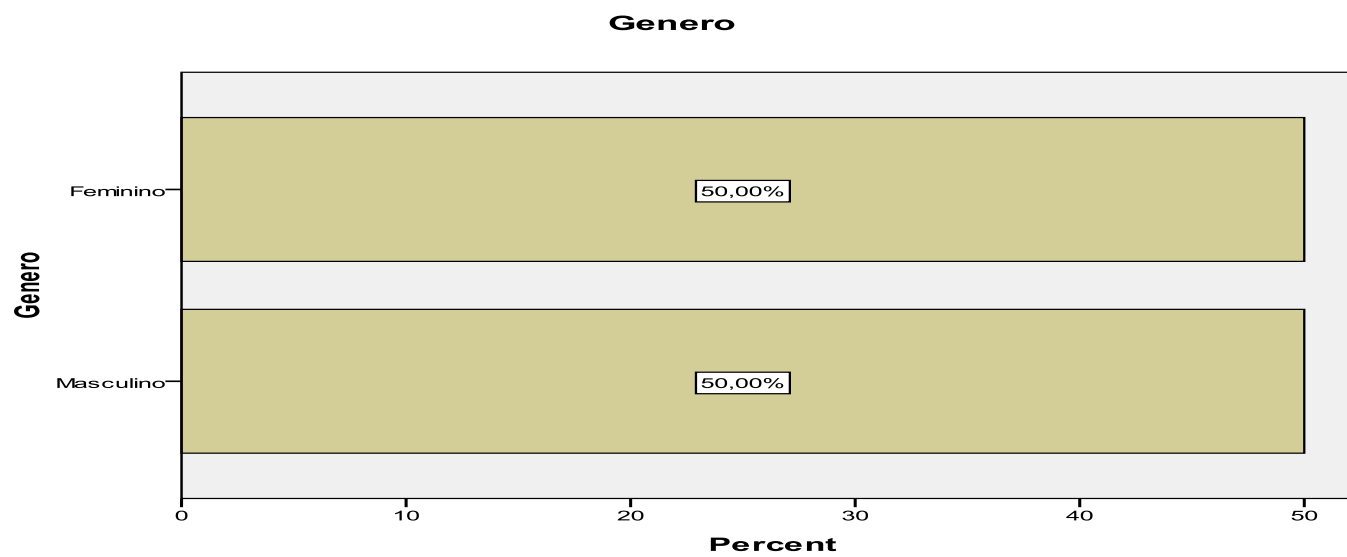


Figura 2 - Género

Grau de Parentesco do Encarregado de educação

Encarregado da Educação					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pai	75	17,4	17,5	17,5
	Mãe	340	79,1	79,4	97,0

	Outro	13	3,0	3,0	100,0
	Total	428	99,5	100,0	
Missing	System	2	,5		
Total		430	100,0		

Tabela 2 – Parentesco do encarregado de educação

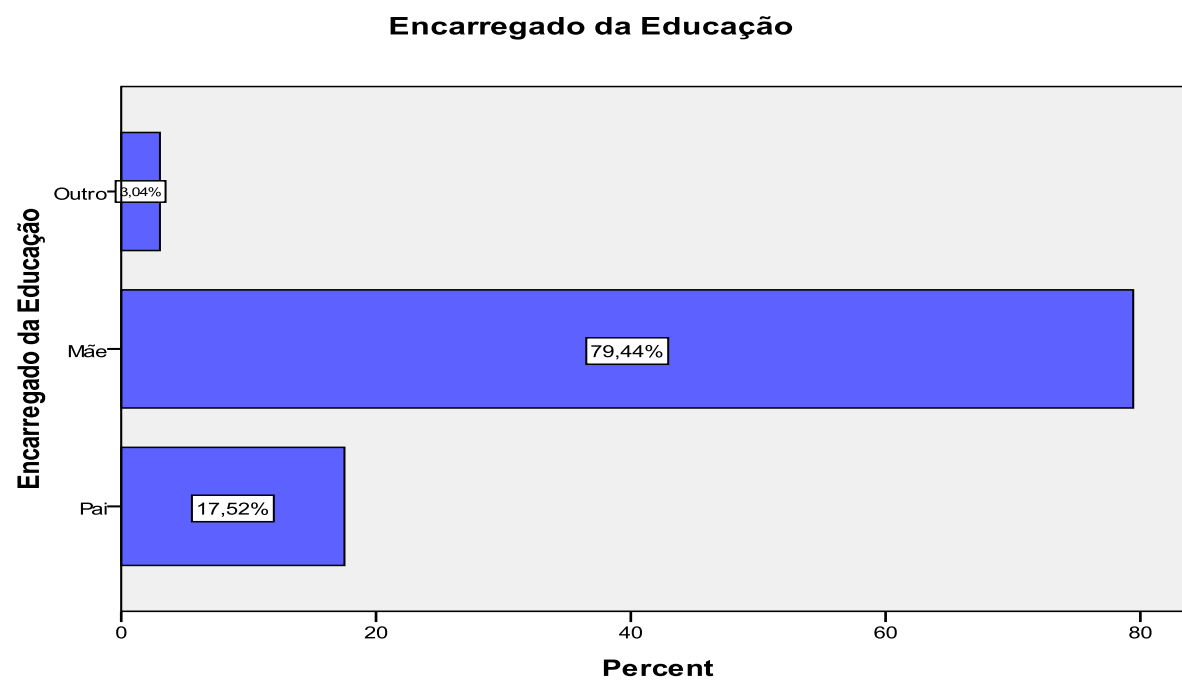


Figura 3 – Encarregado de Educação

Profissão do Encarregado de Educação

Profissão do Encarregado de Educação		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Quadros Superiores Administração Publica	4	,9	1,0	1,0
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	118	27,4	30,8	31,9
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	50	11,6	13,1	44,9
	Pessoal Administrativo e Similares	55	12,8	14,4	59,3
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	52	12,1	13,6	72,8
	Agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura e Pescas	1	,2	,3	73,1
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	16	3,7	4,2	77,3

	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	8	1,9	2,1	79,4
	Trabalhadores não qualificados	66	15,3	17,2	96,6
	Desempregado, Reformado, Estudante	13	3,0	3,4	100,0
	Total	383	89,1	100,0	
Missing	System	47	10,9		
Total		430	100,0		

Tabela 3 – Profissão do Encarregado de Educação

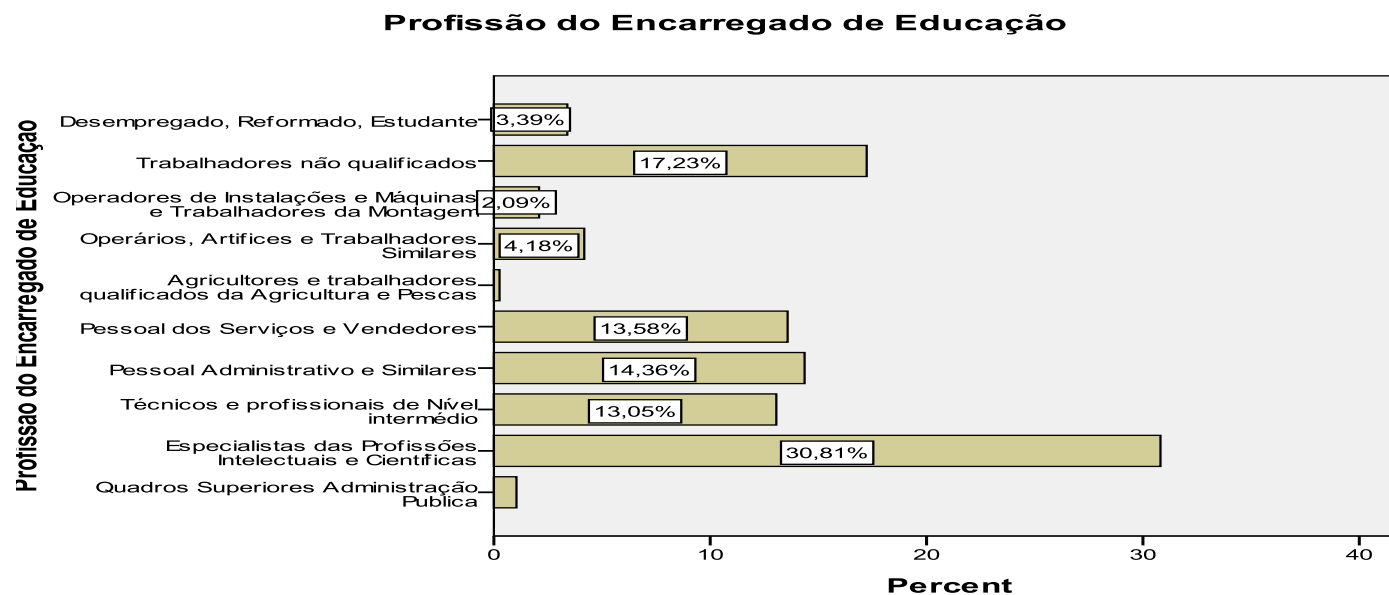


Figura 4 – Profissão do Encarregado de Educação

Comportamento mais relevante

Consumo de tabaco

Consumo de Tabaco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	176	40,9	41,0	41,0
	Não	253	58,8	59,0	100,0
	Total	429	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Total		430	100,0		

Tabela 4 – Consumo de Tabaco

Consumo de Álcool

Consumo de Álcool

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	314	73,0	73,0	73,0
	Não	116	27,0	27,0	100,0
	Total	430	100,0	100,0	

Tabela 5 – Consumo de Alcool

Consumo de Drogas

Consumo de Drogas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	55	12,8	12,8	12,8
	Não	375	87,2	87,2	100,0
	Total	430	100,0	100,0	

Tabela 6 – Consumo de Drogas

Comportamentos violentos pessoais

Comportamentos Violentos Pessoais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	103	24,0	24,0	24,0
	Não	327	76,0	76,0	100,0
	Total	430	100,0	100,0	

Tabela 7 – Comportamentoa violentos pessoais

Comportamentos violentos a outros

Comportamentos Violentos a Outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	120	27,9	28,0	28,0
	Não	309	71,9	72,0	100,0
	Total	429	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Total		430	100,0		

Tabela 8 – Comportamentos violentos a outros

Comportamentos sexuais

Comportamentos Sexuais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	90	20,9	20,9	20,9
	Não	340	79,1	79,1	100,0
	Total	430	100,0	100,0	

Tabela 9 – Comportamentos Sexuais

Hipótese 0: Consumos/ Idade

Consumo de tabaco

Idade * Consumo de Tabaco

			Consumo de Tabaco		Total
			Sim	Não	
Idade	1213	Count	53	150	203
		% within Idade	26,1%	73,9%	100,0%
	1415	Count	85	87	172
		% within Idade	49,4%	50,6%	100,0%
	1618	Count	38	16	54
		% within Idade	70,4%	29,6%	100,0%
Total		Count	176	253	429
		% within Idade	41,0%	59,0%	100,0%

Tabela 10 – Consumo de Tabaco/Idade

Idade que fumou o 1º cigarro

Idade * Idade que fumou o 1º cigarro

	Idade que fumou o 1º cigarro	Total
--	------------------------------	-------

			12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	
Idade	1213	Count	41	12	0	0	0	0	53
		% within Idade	77,4%	22,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	1415	Count	23	38	17	5	0	0	83
		% within Idade	27,7%	45,8%	20,5%	6,0%	,0%	,0%	100,0%
	1618	Count	10	6	7	7	3	1	34
		% within Idade	29,4%	17,6%	20,6%	20,6%	8,8%	2,9%	100,0%
Total		Count	74	56	24	12	3	1	170
		% within Idade	43,5%	32,9%	14,1%	7,1%	1,8%	,6%	100,0%

Tabela 11 – Idade que fumou o 1º Cigarro/ Idade

Frequência com que fuma

Idade * Frequência com que fumou

			Frequência com que fumou					Total
			Todos os dias	2-3 Vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins-de-semana	Ocasionalmente	
Idade	1213	Count	9	7	1	0	24	41
		% within Idade	22,0%	17,1%	2,4%	,0%	58,5%	100,0%
	1415	Count	19	13	4	1	31	68

	% within Idade	27,9%	19,1%	5,9%	1,5%	45,6%	100,0%
1618	Count	19	5	1	1	7	33
	% within Idade	57,6%	15,2%	3,0%	3,0%	21,2%	100,0%
Total	Count	47	25	6	2	62	142
	% within Idade	33,1%	17,6%	4,2%	1,4%	43,7%	100,0%

Tabela 12 – Frequência com que fuma/Idade

Local onde fuma

Idade * Local onde fuma

			Local onde fuma					Total
			Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas	Em todo o lado	
Idade	1213	Count	15	16	2	2	4	39
		% within Idade	38,5%	41,0%	5,1%	5,1%	10,3%	100,0%
	1415	Count	15	24	1	9	12	61
		% within Idade	24,6%	39,3%	1,6%	14,8%	19,7%	100,0%
	1618	Count	13	6	1	5	6	31
		% within Idade	41,9%	19,4%	3,2%	16,1%	19,4%	100,0%
Total		Count	43	46	4	16	22	131

Idade * Local onde fuma

			Local onde fuma					Total
			Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas	Em todo o lado	
Idade	1213	Count	15	16	2	2	4	39
		% within Idade	38,5%	41,0%	5,1%	5,1%	10,3%	100,0%
	1415	Count	15	24	1	9	12	61
		% within Idade	24,6%	39,3%	1,6%	14,8%	19,7%	100,0%
	1618	Count	13	6	1	5	6	31
		% within Idade	41,9%	19,4%	3,2%	16,1%	19,4%	100,0%
Total	Count		43	46	4	16	22	131
	% within Idade		32,8%	35,1%	3,1%	12,2%	16,8%	100,0%

Tabela 13 – Local onde Fuma/idade

Razão para o consumo de tabaco

Idade * Razão porque fuma

		Razão porque fuma				Total
		Curiosidade	Por causa dos amigos	Porque se sente bem, confiança	Outras	

Idade	1213	Count	29	2	11	6	48
		% within Idade	60,4%	4,2%	22,9%	12,5%	100,0%
	1415	Count	38	3	13	21	75
		% within Idade	50,7%	4,0%	17,3%	28,0%	100,0%
	1618	Count	8	2	11	13	34
		% within Idade	23,5%	5,9%	32,4%	38,2%	100,0%
Total		Count	75	7	35	40	157
		% within Idade	47,8%	4,5%	22,3%	25,5%	100,0%

Tabela 14 – Razão para o consumo de tabaco/ Idade

Consumo de álcool

Idade * Consumo de Alcool

			Consumo de Alcool		Total
			Sim	Não	
Idade	1213	Count	124	80	204
		% within Idade	60,8%	39,2%	100,0%
	1415	Count	141	31	172
		% within Idade	82,0%	18,0%	100,0%
	1618	Count	49	5	54
		% within Idade	90,7%	9,3%	100,0%

Total	Count	314	116	430
	% within Idade	73,0%	27,0%	100,0%

Tabela 15 – Consumo de Álcool/Idade

Idade que bebeu

Idade * Idade que bebeu

			Idade que bebeu			Total
			5 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 16 anos	
Idade	1213	Count	13	96	11	120
		% within Idade	10,8%	80,0%	9,2%	100,0%
	1415	Count	13	56	66	135
		% within Idade	9,6%	41,5%	48,9%	100,0%
	1618	Count	3	8	36	47
		% within Idade	6,4%	17,0%	76,6%	100,0%
Total		Count	29	160	113	302
		% within Idade	9,6%	53,0%	37,4%	100,0%

Tabela 16 – Idade que bebeu/ Idade

Frequência consumo de álcool

Idade * Frequência consumo de Alcool

			Frequência consumo de Alcool					Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins de semana	Ocasionalmente	
Idade	1213	Count	0	0	4	2	81	87
		% within Idade	,0%	,0%	4,6%	2,3%	93,1%	100,0%
	1415	Count	1	4	5	21	99	130
		% within Idade	,8%	3,1%	3,8%	16,2%	76,2%	100,0%
	1618	Count	0	0	0	13	33	46
		% within Idade	,0%	,0%	,0%	28,3%	71,7%	100,0%
Total		Count	1	4	9	36	213	263
		% within Idade	,4%	1,5%	3,4%	13,7%	81,0%	100,0%

Tabela 17 – Frequência consumo de álcool/ idade

Local onde bebe

Idade * Local onde bebe

		Local onde bebe					Total
		Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas	Em todo o lado	

Idade	1213	Count	0	0	41	39	1	81
		% within Idade	,0%	,0%	50,6%	48,1%	1,2%	100,0%
	1415	Count	2	1	28	88	0	119
		% within Idade	1,7%	,8%	23,5%	73,9%	,0%	100,0%
	1618	Count	0	1	4	40	0	45
		% within Idade	,0%	2,2%	8,9%	88,9%	,0%	100,0%
Total	Count		2	2	73	167	1	245
	% within Idade		,8%	,8%	29,8%	68,2%	,4%	100,0%

Tabela 18 – Local onde bebe/idade

Razão porque bebe

Idade * Razao porque bebe

			Razao porque bebe				Total
			Curiosidade	Por causa dos amigos	Porque se sente bem, confiança	Outras	
Idade	1213	Count	50	2	9	28	89
		% within Idade	56,2%	2,2%	10,1%	31,5%	100,0%
	1415	Count	55	3	19	51	128
		% within Idade	43,0%	2,3%	14,8%	39,8%	100,0%

1618	Count	11	4	11	19	45
	% within Idade	24,4%	8,9%	24,4%	42,2%	100,0%
Total	Count	116	9	39	98	262
	% within Idade	44,3%	3,4%	14,9%	37,4%	100,0%

Tabela 19 – Razão porque bebe

Tipo de bebidas

Idade * Tipo de bebidas

			Tipo de bebidas			Total
			Leves	Médias	Pesadas	
Idade	1213	Count	49	9	39	97
		% within Idade	50,5%	9,3%	40,2%	100,0%
	1415	Count	30	7	92	129
		% within Idade	23,3%	5,4%	71,3%	100,0%
	1618	Count	6	0	41	47
		% within Idade	12,8%	,0%	87,2%	100,0%

Total	Count	85	16	172	273
	% within Idade	31,1%	5,9%	63,0%	100,0%

Tabela 20 – Tipo de bebidas

Consumo de Drogas

Idade * Consumo de Drogas

			Consumo de Drogas		Total
			Sim	Não	
Idade	1213	Count	9	195	204
		% within Idade	4,4%	95,6%	100,0%
	1415	Count	27	145	172
		% within Idade	15,7%	84,3%	100,0%
	1618	Count	19	35	54
		% within Idade	35,2%	64,8%	100,0%
Total		Count	55	375	430
		% within Idade	12,8%	87,2%	100,0%

Tabela 21 – Consumo de drogas/idade

Tipo de Drogas

Idade * Tipo de Drogas

			Tipo de Drogas				Total
			Haxixe, erva	Estimulantes	Cola	Drogas Fortes	
Idade	1213	Count	8	1	0	0	9
		% within Idade	88,9%	11,1%	,0%	,0%	100,0%
	1415	Count	22	0	3	2	27
		% within Idade	81,5%	,0%	11,1%	7,4%	100,0%
	1618	Count	17	3	0	0	20
		% within Idade	85,0%	15,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	Count		47	4	3	2	56
	% within Idade		83,9%	7,1%	5,4%	3,6%	100,0%

Tabela 22 – Tipo de Drogas/Idade

Idade da 1ª Droga

Idade * Idade da 1ª Droga

			Idade da 1ª Droga					Total
			12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	
Idade	1213	Count	6	3	0	0	0	9
		% within Idade	66,7%	33,3%	,0%	,0%	,0%	100,0%

1415	Count	2	5	10	4	0	21
	% within Idade	9,5%	23,8%	47,6%	19,0%	,0%	100,0%
1618	Count	3	3	5	0	4	15
	% within Idade	20,0%	20,0%	33,3%	,0%	26,7%	100,0%
Total	Count	11	11	15	4	4	45
	% within Idade	24,4%	24,4%	33,3%	8,9%	8,9%	100,0%

Tabela 23 – Idade da 1ª Droga/Idade

Frequência com que se droga

Idade * Frequencia com que se droga

			Frequencia com que se droga					Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins de semana	Ocasionalmente	
Idade	1213	Count	0	2	0	0	4	6
		% within Idade	,0%	33,3%	,0%	,0%	66,7%	100,0%
	1415	Count	1	4	1	1	15	22
		% within Idade	4,5%	18,2%	4,5%	4,5%	68,2%	100,0%
	1618	Count	2	4	1	2	6	15
		% within Idade	13,3%	26,7%	6,7%	13,3%	40,0%	100,0%

Total	Count	3	10	2	3	25	43
	% within Idade	7,0%	23,3%	4,7%	7,0%	58,1%	100,0%

Tabela 24 – Frequência com que se droga/Idade

Local onde se droga

Idade * Local onde se droga

			Local onde se droga					Total
			Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas	Em todo o lado	
Idade	1213	Count	1	4	0	1	0	6
		% within Idade	16,7%	66,7%	,0%	16,7%	,0%	100,0%
	1415	Count	4	8	4	1	2	19
		% within Idade	21,1%	42,1%	21,1%	5,3%	10,5%	100,0%
	1618	Count	1	3	1	4	2	11
		% within Idade	9,1%	27,3%	9,1%	36,4%	18,2%	100,0%
Total		Count	6	15	5	6	4	36
		% within Idade	16,7%	41,7%	13,9%	16,7%	11,1%	100,0%

Tabela 25 – Local onde se droga

Razão porque se droga

Idade * Razao porque se droga

			Razao porque se droga				Total
			Curiosidade	Por causa dos amigos	Porque se sente bem, confiança	Outras	
Idade	1213	Count	3	0	4	0	7
		% within Idade	42,9%	,0%	57,1%	,0%	100,0%
	1415	Count	10	2	6	3	21
		% within Idade	47,6%	9,5%	28,6%	14,3%	100,0%
	1618	Count	5	0	7	4	16
		% within Idade	31,3%	,0%	43,8%	25,0%	100,0%
Total		Count	18	2	17	7	44
		% within Idade	40,9%	4,5%	38,6%	15,9%	100,0%

Tabela 26 – Razão porque se droga/Idade

Comportamentos violentos pessoais

Idade * Comportamentos Violentos Pessoais

			Comportamentos Violentos		
			Pessoais		
			Sim	Não	Total
Idade	1213	Count	50	154	204
		% within Idade	24,5%	75,5%	100,0%
	1415	Count	41	131	172
		% within Idade	23,8%	76,2%	100,0%
	1618	Count	12	42	54
		% within Idade	22,2%	77,8%	100,0%
Total	Count	103	327	430	
	% within Idade	24,0%	76,0%	100,0%	

Tabela 27 – Comportamentos violentos pessoais

Idade da 1ª Agressão

Idade * Idade da 1ª Agressão

			Idade da 1ª Agressão			Total
			5 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 16 anos	
Idade	1213	Count	5	38	3	46
		% within Idade	10,9%	82,6%	6,5%	100,0%

1415	Count	4	21	8	33
	% within Idade	12,1%	63,6%	24,2%	100,0%
1618	Count	1	4	3	8
	% within Idade	12,5%	50,0%	37,5%	100,0%
Total	Count	10	63	14	87
	% within Idade	11,5%	72,4%	16,1%	100,0%

Tabela 28 – Idade da 1ª agressão/idade

Frequência com que sofre lesões

Idade * Frequencia com que sofre Agressões

			Frequencia com que sofre Agressões				Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Ocasionalmente	
Idade	1213	Count	2	3	1	33	39
		% within Idade	5,1%	7,7%	2,6%	84,6%	100,0%
	1415	Count	2	5	2	16	25
		% within Idade	8,0%	20,0%	8,0%	64,0%	100,0%
	1618	Count	0	0	0	7	7
		% within Idade	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	4	8	3	56	71

Idade * Frequencia com que sofre Agressões

			Frequencia com que sofre Agressões				Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Ocasionalmente	
Idade	1213	Count	2	3	1	33	39
		% within Idade	5,1%	7,7%	2,6%	84,6%	100,0%
	1415	Count	2	5	2	16	25
		% within Idade	8,0%	20,0%	8,0%	64,0%	100,0%
	1618	Count	0	0	0	7	7
		% within Idade	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	4	8	3	56	71
		% within Idade	5,6%	11,3%	4,2%	78,9%	100,0%

Tabela 29 – Frequência com que sofre agressões/idade

Local onde é agredido

Idade * Local onde é Agredido

			Local onde é Agredido					Total
			Porta da Escola	Ao pé do autocarro	Recreio	Nas aulas	Em todo o lado	

Idade	1213	Count	5	1	31	1	6	44
		% within Idade	11,4%	2,3%	70,5%	2,3%	13,6%	100,0%
	1415	Count	0	2	27	0	0	29
		% within Idade	,0%	6,9%	93,1%	,0%	,0%	100,0%
	1618	Count	1	1	4	2	0	8
		% within Idade	12,5%	12,5%	50,0%	25,0%	,0%	100,0%
Total		Count	6	4	62	3	6	81
		% within Idade	7,4%	4,9%	76,5%	3,7%	7,4%	100,0%

Tabela 30 – Local onde é agredido/ idade

Tipos de agressão

Idade * Tipos de Agressão

			Tipos de Agressão				Total
			Verbal	Física	Com objecto ou arma	Verbal e Física	
Idade	1213	Count	21	9	12	5	47
		% within Idade	44,7%	19,1%	25,5%	10,6%	100,0%
	1415	Count	19	8	3	9	39
		% within Idade	48,7%	20,5%	7,7%	23,1%	100,0%
	1618	Count	3	1	1	6	11

	% within Idade	27,3%	9,1%	9,1%	54,5%	100,0%
Total	Count	43	18	16	20	97
	% within Idade	44,3%	18,6%	16,5%	20,6%	100,0%

Tabela 31 – Tipos de Agressão/Idade

Comportamentos violentos a outros

Idade * Comportamentos Violentos a Outros

			Comportamentos Violentos a Outros		Total
			Sim	Não	
Idade	1213	Count	48	155	203
		% within Idade	23,6%	76,4%	100,0%
	1415	Count	50	122	172
		% within Idade	29,1%	70,9%	100,0%
	1618	Count	22	32	54
		% within Idade	40,7%	59,3%	100,0%
Total	Count	120	309	429	
	% within Idade	28,0%	72,0%	100,0%	

Tabela 32 – Comportamentos violentos a outros

Frequência com que agride

Idade * Frequencia com que agride			Frequencia com que agride				Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Ocasionalmente	
Idade	1213	Count	2	2	1	35	40
		% within Idade	5,0%	5,0%	2,5%	87,5%	100,0%
	1415	Count	2	2	1	37	42
		% within Idade	4,8%	4,8%	2,4%	88,1%	100,0%
	1618	Count	0	0	2	15	17
		% within Idade	,0%	,0%	11,8%	88,2%	100,0%
Total		Count	4	4	4	87	99
		% within Idade	4,0%	4,0%	4,0%	87,9%	100,0%

Tabela 33 – Frequência com que agride/idade

Razões das agressões

Idade * Razoes das Agressoes

			Razoes das Agressoes				Total
			Por Defesa	Por gosto	Devido a agressões verbais	Por causa dos meus amigos	
Idade	1213	Count	11	5	25	0	41
		% within Idade	26,8%	12,2%	61,0%	,0%	100,0%
	1415	Count	9	8	21	1	39
		% within Idade	23,1%	20,5%	53,8%	2,6%	100,0%
	1618	Count	2	1	15	0	18
		% within Idade	11,1%	5,6%	83,3%	,0%	100,0%
Total		Count	22	14	61	1	98
		% within Idade	22,4%	14,3%	62,2%	1,0%	100,0%

Tabela 34 – Razões das agressões/Idade

Comportamentos sexuais

Idade * Comportamentos Sexuais

			Comportamentos Sexuais		Total
			Sim	Não	
Idade	1213	Count	10	194	204

	% within Idade	4,9%	95,1%	100,0%
1415	Count	40	132	172
	% within Idade	23,3%	76,7%	100,0%
1618	Count	40	14	54
	% within Idade	74,1%	25,9%	100,0%
Total	Count	90	340	430
	% within Idade	20,9%	79,1%	100,0%

Tabela 35 – Comportamentos sexuais/Idade

Idade da 1ª Relação

Idade * Idade da 1ª Relação

			Idade da 1ª Relação					Total
			12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	
Idade	1213	Count	3	5	0	0	0	8
		% within Idade	37,5%	62,5%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	1415	Count	4	6	19	9	0	38
		% within Idade	10,5%	15,8%	50,0%	23,7%	,0%	100,0%
	1618	Count	3	5	10	11	7	36
		% within Idade	8,3%	13,9%	27,8%	30,6%	19,4%	100,0%

Total	Count	10	16	29	20	7	82
	% within Idade	12,2%	19,5%	35,4%	24,4%	8,5%	100,0%

Tabela 36 – Idade da 1ª Relação/Idade

Frequência das relações

Idade * Frequencia das Relações							
			Frequencia das Relações				
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins de semana	Ocasionalmente
Idade	1213	Count	1	0	1	0	7
		% within Idade	11,1%	,0%	11,1%	,0%	77,8%
	1415	Count	1	5	8	0	20
		% within Idade	2,9%	14,7%	23,5%	,0%	58,8%
	1618	Count	3	8	1	8	16
		% within Idade	8,3%	22,2%	2,8%	22,2%	44,4%
Total		Count	5	13	10	8	43
		% within Idade	6,3%	16,5%	12,7%	10,1%	54,4%

Tabela 37 – Frequência das Relações/Idade

Utilização de Contraceptivos

Idade * Utilização de Contraceptivos

			Utilização de Contraceptivos		Total
			Sim	Não	
Idade	1213	Count	9	1	10
		% within Idade	90,0%	10,0%	100,0%
	1415	Count	37	1	38
		% within Idade	97,4%	2,6%	100,0%
	1618	Count	37	1	38
		% within Idade	97,4%	2,6%	100,0%
Total		Count	83	3	86
		% within Idade	96,5%	3,5%	100,0%

Tabela 38 – Utilização de Contraceptivos

Razão porque iniciou a sua pratica

Idade * Razão porque iniciou a sua pratica

	Razão porque iniciou a sua pratica	Total
--	------------------------------------	-------

			Curiosidade	Achava que tinha idade	Para me provar que sou capaz	Para ficar mais comprometido com a namorada	Porque o ambiente se proporcionou	Porque não conseguiu resisitir	Porque fui obrigado(a)	Outra	
Idade	1213	Count	1	0	0	1	7	1	0	0	10
		% within Idade	10,0%	,0%	,0%	10,0%	70,0%	10,0%	,0%	,0%	100,0%
	1415	Count	0	3	2	4	27	2	0	0	38
		% within Idade	,0%	7,9%	5,3%	10,5%	71,1%	5,3%	,0%	,0%	100,0%
	1618	Count	1	2	4	3	18	6	2	3	39
		% within Idade	2,6%	5,1%	10,3%	7,7%	46,2%	15,4%	5,1%	7,7%	100,0%
Total	Count	2	5	6	8	52	9	2	3	87	
	% within Idade	2,3%	5,7%	6,9%	9,2%	59,8%	10,3%	2,3%	3,4%	100,0%	

Tabela 39 – Razão porque iniciou a sua pratica/ Idade

Sexo sobre efeitos de drogas e alcool

Idade * Sexo sobre efeito de drogas ou alcool

			Sexo sobre efeito de drogas ou alcool		Total
			Sim	Não	
Idade	1213	Count	0	9	9

	% within Idade	,0%	100,0%	100,0%
1415	Count	5	34	39
	% within Idade	12,8%	87,2%	100,0%
1618	Count	8	31	39
	% within Idade	20,5%	79,5%	100,0%
Total	Count	13	74	87
	% within Idade	14,9%	85,1%	100,0%

Tabela 40 – Sexo sobre efeitos de drogas e alcool

H0: Os comportamentos de risco variam consoante a idade

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Consumo de Tabaco	Between Groups	10,379	2	5,189	23,665	,000
	Within Groups	93,416	426	,219		
	Total	103,795	428			
Idade que fumou o 1º cigarro	Between Groups	47,857	2	23,928	28,513	,000
	Within Groups	140,149	167	,839		
	Total	188,006	169			
Frequência com que fumou	Between Groups	38,433	2	19,216	6,296	,002

	Within Groups	424,222	139	3,052		
	Total	462,655	141			
Local onde fuma	Between Groups	8,146	2	4,073	1,901	,154
	Within Groups	274,282	128	2,143		
	Total	282,427	130			
Razão porque fuma	Between Groups	19,148	2	9,574	6,126	,003
	Within Groups	240,661	154	1,563		
	Total	259,809	156			
Consumo de Alcool	Between Groups	6,130	2	3,065	16,655	,000
	Within Groups	78,577	427	,184		
	Total	84,707	429			
Idade que bebeu	Between Groups	20,647	2	10,323	31,500	,000
	Within Groups	97,989	299	,328		
	Total	118,636	301			
Frequência consumo de Alcool	Between Groups	3,184	2	1,592	4,051	,019
	Within Groups	102,184	260	,393		
	Total	105,369	262			
Local onde bebe	Between Groups	3,999	2	1,999	7,058	,001

	Within Groups	68,556	242	,283		
	Total	72,555	244			
Razao porque bebe	Between Groups	14,599	2	7,299	3,952	,020
	Within Groups	478,352	259	1,847		
	Total	492,950	261			
Tipo de bebidas	Between Groups	29,168	2	14,584	19,678	,000
	Within Groups	200,107	270	,741		
	Total	229,275	272			
Consumo de Drogas	Between Groups	4,286	2	2,143	20,948	,000
	Within Groups	43,679	427	,102		
	Total	47,965	429			
Tipo de Drogas	Between Groups	2,900	2	1,450	1,373	,262
	Within Groups	55,957	53	1,056		
	Total	58,857	55			
Idade da 1ª Droga	Between Groups	16,457	2	8,229	7,090	,002
	Within Groups	48,743	42	1,161		
	Total	65,200	44			
Frequencia com que se	Between Groups	4,972	2	2,486	1,128	,334

droga	Within Groups	88,191	40	2,205		
	Total	93,163	42			
Local onde se droga	Between Groups	6,659	2	3,329	2,213	,125
	Within Groups	49,647	33	1,504		
	Total	56,306	35			
Razao porque se droga	Between Groups	2,742	2	1,371	,997	,378
	Within Groups	56,417	41	1,376		
	Total	59,159	43			
Comportamentos Violentos Pessoais	Between Groups	,023	2	,011	,062	,940
	Within Groups	78,305	427	,183		
	Total	78,328	429			
Idade da 1ª Agressão	Between Groups	,888	2	,444	1,626	,203
	Within Groups	22,928	84	,273		
	Total	23,816	86			
Frequencia com que sofre Agressões	Between Groups	3,758	2	1,879	2,379	,100
	Within Groups	53,707	68	,790		
	Total	57,465	70			
Local onde é Agredido	Between Groups	,341	2	,171	,244	,784

	Within Groups	54,646	78	,701		
	Total	54,988	80			
Tipos de Agressão	Between Groups	15,914	2	7,957	3,531	,033
	Within Groups	211,859	94	2,254		
	Total	227,773	96			
Comportamentos Violentos a Outros	Between Groups	1,281	2	,641	3,205	,042
	Within Groups	85,152	426	,200		
	Total	86,434	428			
Frequencia com que agride	Between Groups	,346	2	,173	,162	,851
	Within Groups	102,564	96	1,068		
	Total	102,909	98			
Razoes das Agressoes	Between Groups	2,042	2	1,021	1,430	,244
	Within Groups	67,805	95	,714		
	Total	69,847	97			
Comportamentos Sexuais	Between Groups	20,585	2	10,292	86,893	,000
	Within Groups	50,578	427	,118		
	Total	71,163	429			
Idade da 1ª Relação	Between Groups	21,179	2	10,589	10,107	,000

	Within Groups	82,773	79	1,048		
	Total	103,951	81			
Frequencia das Relações	Between Groups	2,997	2	1,499	,779	,462
	Within Groups	146,193	76	1,924		
	Total	149,190	78			
Utilização de Contraceptivos	Between Groups	,048	2	,024	,699	,500
	Within Groups	2,847	83	,034		
	Total	2,895	85			
Razão porque iniciou a sua prática	Between Groups	1,816	2	,908	,345	,709
	Within Groups	220,897	84	2,630		
	Total	222,713	86			
Sexo sobre efeito de drogas ou alcool	Between Groups	,340	2	,170	1,330	,270
	Within Groups	10,718	84	,128		
	Total	11,057	86			

Tabela 41 – Idade

H1: Género

Consumo de tabaco

Genero * Consumo de Tabaco

			Consumo de Tabaco		Total
			Sim	Não	
Genero	Masculino	Count	97	117	214
		% within Genero	45,3%	54,7%	100,0%
	Feminino	Count	79	136	215
		% within Genero	36,7%	63,3%	100,0%
Total		Count	176	253	429
		% within Genero	41,0%	59,0%	100,0%

Tabela 42 – Consumo de Tabaco/Género

Idade que fumou o 1º Cigarro

Genero * Idade que fumou o 1º cigarro

			Idade que fumou o 1º cigarro						Total
			12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	
Genero	Masculino	Count	36	32	13	6	3	1	91
		% within Genero	39,6%	35,2%	14,3%	6,6%	3,3%	1,1%	100,0%

Feminino	Count	38	24	11	6	0	0	79
	% within Genero	48,1%	30,4%	13,9%	7,6%	,0%	,0%	100,0%
Total	Count	74	56	24	12	3	1	170
	% within Genero	43,5%	32,9%	14,1%	7,1%	1,8%	,6%	100,0%

Tabela 43 – Idade que fumou o 1º Cigarro/Gênero

Frequencia com que fumou

Genero * Frequência com que fumou

			Frequência com que fumou					
			Todos os dias	2-3 Vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins-de-semana	Ocasionalmente	
Genero	Masculino	Count	19	11	3	0	41	74
		% within Genero	25,7%	14,9%	4,1%	,0%	55,4%	100,0%
	Feminino	Count	28	14	3	2	21	68
		% within Genero	41,2%	20,6%	4,4%	2,9%	30,9%	100,0%
Total		Count	47	25	6	2	62	142
		% within Genero	33,1%	17,6%	4,2%	1,4%	43,7%	100,0%

Tabela 44 – Frequência com que fumou/Gênero

Local de consumo

Genero * Local onde fuma

			Local onde fuma					
			Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas	Em todo o lado	
Genero	Masculino	Count	21	23	3	11	9	67
		% within Genero	31,3%	34,3%	4,5%	16,4%	13,4%	100,0%
	Feminino	Count	22	23	1	5	13	64
		% within Genero	34,4%	35,9%	1,6%	7,8%	20,3%	100,0%
Total		Count	43	46	4	16	22	131
		% within Genero	32,8%	35,1%	3,1%	12,2%	16,8%	100,0%

Tabela 45 – Local onde fuma/Género

Razão porque fuma

Genero * Razão porque fuma

			Razão porque fuma				Total
			Curiosidade	Por causa dos amigos	Porque se sente bem, confiança	Outras	
Genero	Masculino	Count	50	3	15	17	85

		% within Genero	58,8%	3,5%	17,6%	20,0%	100,0%
Feminino	Count		25	4	20	23	72
	% within Genero		34,7%	5,6%	27,8%	31,9%	100,0%
Total	Count		75	7	35	40	157
	% within Genero		47,8%	4,5%	22,3%	25,5%	100,0%

Tabela 46 – Razão porque fuma/Género

Consumo de alcool

Genero * Consumo de Alcool

			Consumo de Alcool		Total
			Sim	Não	
Genero	Masculino	Count	152	63	215
		% within Genero	70,7%	29,3%	100,0%
	Feminino	Count	162	53	215
		% within Genero	75,3%	24,7%	100,0%
Total	Count		314	116	430
	% within Genero		73,0%	27,0%	100,0%

Tabela 47 – Consumo de Alcool/ Género

Idade que bebeu

Genero * Idade que bebeu

			Idade que bebeu			
			5 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 16 anos	
Genero	Masculino	Count	17	65	64	146
		% within Genero	11,6%	44,5%	43,8%	100,0%
	Feminino	Count	12	95	49	156
		% within Genero	7,7%	60,9%	31,4%	100,0%
Total		Count	29	160	113	302
		% within Genero	9,6%	53,0%	37,4%	100,0%

Tabela 48 – Idade que bebeu/Género

Frequência consumo de alcool

Genero * Frequência consumo de Alcool

							Total
Frequência consumo de Alcool							
Todos os dias			2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins de semana	Ocasionalmente	

Genero	Masculino	Count	1	2	5	20	97	125
		% within Genero	,8%	1,6%	4,0%	16,0%	77,6%	100,0%
	Feminino	Count	0	2	4	16	116	138
		% within Genero	,0%	1,4%	2,9%	11,6%	84,1%	100,0%
Total		Count	1	4	9	36	213	263
		% within Genero	,4%	1,5%	3,4%	13,7%	81,0%	100,0%

Tabela 49 – Frequência consumo de álcool/Gênero

Local onde bebe

Genero * Local onde bebe

			Local onde bebe					Total
			Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas	Em todo o lado	
Genero	Masculino	Count	2	2	37	73	0	114
		% within Genero	1,8%	1,8%	32,5%	64,0%	,0%	100,0%
	Feminino	Count	0	0	36	94	1	131
		% within Genero	,0%	,0%	27,5%	71,8%	,8%	100,0%
Total		Count	2	2	73	167	1	245
		% within Genero	,8%	,8%	29,8%	68,2%	,4%	100,0%

Tabela 50 – Local onde bebe/Gênero

Razão porque bebe

Genero * Razao porque bebe

			Razao porque bebe				Total
			Curiosidade	Por causa dos amigos	Porque se sente bem, confiança	Outras	
Genero	Masculino	Count	54	4	22	47	127
		% within Genero	42,5%	3,1%	17,3%	37,0%	100,0%
	Feminino	Count	62	5	17	51	135
		% within Genero	45,9%	3,7%	12,6%	37,8%	100,0%
Total		Count	116	9	39	98	262
		% within Genero	44,3%	3,4%	14,9%	37,4%	100,0%

Tabela 51 – Razão porque bebe/Género

Tipo de Bebidas

Genero * Tipo de bebidas

		Tipo de bebidas	Total
--	--	-----------------	-------

			Leves	Médias	Pesadas	
Genero	Masculino	Count	51	5	77	133
		% within Genero	38,3%	3,8%	57,9%	100,0%
	Feminino	Count	34	11	95	140
		% within Genero	24,3%	7,9%	67,9%	100,0%
Total		Count	85	16	172	273
		% within Genero	31,1%	5,9%	63,0%	100,0%

Tabela 52 – Tipo de Bebidas/Gênero

Consumo de drogas

Genero * Consumo de Drogas

			Consumo de Drogas		Total
			Sim	Não	
Genero	Masculino	Count	31	184	215
		% within Genero	14,4%	85,6%	100,0%
	Feminino	Count	24	191	215
		% within Genero	11,2%	88,8%	100,0%
Total		Count	55	375	430

Genero * Consumo de Drogas

			Consumo de Drogas		Total
			Sim	Não	
Genero	Masculino	Count	31	184	215
		% within Genero	14,4%	85,6%	100,0%
	Feminino	Count	24	191	215
		% within Genero	11,2%	88,8%	100,0%
Total		Count	55	375	430
		% within Genero	12,8%	87,2%	100,0%

Tabela 53 – Consumo de Drogas/Género

Tipo de Drogas

Genero * Tipo de Drogas

			Tipo de Drogas				Total
			Haxixe, erva	Estimulantes	Cola	Drogas Fortes	
Genero	Masculino	Count	29	1	1	1	32
		% within Genero	90,6%	3,1%	3,1%	3,1%	100,0%
	Feminino	Count	18	3	2	1	24

	% within Genero	75,0%	12,5%	8,3%	4,2%	100,0%
Total	Count	47	4	3	2	56
	% within Genero	83,9%	7,1%	5,4%	3,6%	100,0%

Tabela 54 – Tipo de Drogas

Idade da 1ª Droga

Genero * Idade da 1ª Droga

			Idade da 1ª Droga					Total
			12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	
Genero	Masculino	Count	5	4	10	3	4	26
		% within Genero	19,2%	15,4%	38,5%	11,5%	15,4%	100,0%
	Feminino	Count	6	7	5	1	0	19
		% within Genero	31,6%	36,8%	26,3%	5,3%	,0%	100,0%
Total		Count	11	11	15	4	4	45
		% within Genero	24,4%	24,4%	33,3%	8,9%	8,9%	100,0%

Tabela 55 – Idade da 1ª Droga/Gênero

Frequência com que se droga

Genero * Frequencia com que se droga

			Frequencia com que se droga					
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins de semana	Ocasionalmente	
Genero	Masculino	Count	3	8	2	1	12	26
		% within Genero	11,5%	30,8%	7,7%	3,8%	46,2%	100,0%
	Feminino	Count	0	2	0	2	13	17
		% within Genero	,0%	11,8%	,0%	11,8%	76,5%	100,0%
Total		Count	3	10	2	3	25	43
		% within Genero	7,0%	23,3%	4,7%	7,0%	58,1%	100,0%

Tabela 56 – Frequência com que se droga/Gênero

Local onde se droga

Genero * Local onde se droga

			Local onde se droga					Total
			Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas	Em todo o lado	
Genero	Masculino	Count	3	10	1	4	1	19
		% within Genero	15,8%	52,6%	5,3%	21,1%	5,3%	100,0%
	Feminino	Count	3	5	4	2	3	17
		% within Genero	17,6%	29,4%	23,5%	11,8%	17,6%	100,0%

Total	Count	6	15	5	6	4	36
	% within Genero	16,7%	41,7%	13,9%	16,7%	11,1%	100,0%

Tabela 57 – Local onde se Droga

Razão porque se droga

Genero * Razao porque se droga

			Razao porque se droga				
			Curiosidade	Por causa dos amigos	Porque se sente bem, confiança	Outras	
Genero	Masculino	Count	12	0	9	3	24
		% within Genero	50,0%	,0%	37,5%	12,5%	100,0%
	Feminino	Count	6	2	8	4	20
		% within Genero	30,0%	10,0%	40,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	18	2	17	7	44
		% within Genero	40,9%	4,5%	38,6%	15,9%	100,0%

Tabela 58 – Razão porque se droga/Género

Comportamentos violentos pessoais

Genero * Comportamentos Violentos Pessoais

			Comportamentos Violentos		
			Pessoais		
			Sim	Não	Total
Genero	Masculino	Count	61	154	215
		% within Genero	28,4%	71,6%	100,0%
	Feminino	Count	42	173	215
		% within Genero	19,5%	80,5%	100,0%
Total		Count	103	327	430
		% within Genero	24,0%	76,0%	100,0%

Tabela 59 – Comportamentos violentos pessoais

Idade da primeira agressao

Genero * Idade da 1ª Agressão

			Idade da 1ª Agressão			Total
			5 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 16 anos	
Genero	Masculino	Count	5	44	4	53
		% within Genero	9,4%	83,0%	7,5%	100,0%

Feminino	Count	5	19	10	34
	% within Genero	14,7%	55,9%	29,4%	100,0%
Total	Count	10	63	14	87
	% within Genero	11,5%	72,4%	16,1%	100,0%

Tabela 60 – Idade da Primeira Agressão

Frequência com que sofre agressões

Genero * Frequencia com que sofre Agressões

			Frequencia com que sofre Agressões				Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Ocasionalmente	
Genero	Masculino	Count	2	3	0	38	43
		% within Genero	4,7%	7,0%	,0%	88,4%	100,0%
	Feminino	Count	2	5	3	18	28
		% within Genero	7,1%	17,9%	10,7%	64,3%	100,0%
Total	Count		4	8	3	56	71
	% within Genero		5,6%	11,3%	4,2%	78,9%	100,0%

Tabela 61 – Frequência com que sofre agressões/ Género

Local onde é agredido

Genero * Local onde é Agredido

			Local onde é Agredido					
				Ao pé do autocarro	Recreio	Nas aulas	Em todo o lado	
			Porta da Escola					Total
Genero	Masculino	Count	4	3	38	0	4	49
		% within Genero	8,2%	6,1%	77,6%	,0%	8,2%	100,0%
	Feminino	Count	2	1	24	3	2	32
		% within Genero	6,3%	3,1%	75,0%	9,4%	6,3%	100,0%
Total		Count	6	4	62	3	6	81
		% within Genero	7,4%	4,9%	76,5%	3,7%	7,4%	100,0%

Tabela 62 – Local onde é agredido

Tipos de Agressão

Genero * Tipos de Agressão

			Tipos de Agressão				
			Verbal	Física	Com objecto ou arma	Verbal e Física	
Genero	Masculino	Count	23	11	12	12	58
		% within Genero	39,7%	19,0%	20,7%	20,7%	100,0%
	Feminino	Count	20	7	4	8	39
		% within Genero	51,3%	17,9%	10,3%	20,5%	100,0%
Total	Count	43	18	16	20	97	
	% within Genero	44,3%	18,6%	16,5%	20,6%	100,0%	

Tabela 63 – Tipos de Agressão/Género

Comportamentos violentos a outros

Genero * Comportamentos Violentos a Outros

			Comportamentos Violentos a Outros		Total
			Sim	Não	
Genero	Masculino	Count	82	132	214
		% within Genero	38,3%	61,7%	100,0%
	Feminino	Count	38	177	215

	% within Genero	17,7%	82,3%	100,0%
Total	Count	120	309	429
	% within Genero	28,0%	72,0%	100,0%

Tabela 64 – Comportamentos violentos a outros/Géne

Frequência com que agride

Genero * Frequencia com que agride

			Frequencia com que agride				Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Ocasionalmente	
Genero	Masculino	Count	1	3	4	59	67
		% within Genero	1,5%	4,5%	6,0%	88,1%	100,0%
	Feminino	Count	3	1	0	28	32
		% within Genero	9,4%	3,1%	,0%	87,5%	100,0%
Total	Count		4	4	4	87	99
	% within Genero		4,0%	4,0%	4,0%	87,9%	100,0%

Tabela 65 – Frequência com que agride/Género

Razões das Agressões

Genero * Razoes das Agressoes

			Razoes das Agressoes				Total
			Por Defesa	Por gosto	Devido a agressões verbais	Por causa dos meus amigos	
Genero	Masculino	Count	13	10	44	1	68
		% within Genero	19,1%	14,7%	64,7%	1,5%	100,0%
	Feminino	Count	9	4	17	0	30
		% within Genero	30,0%	13,3%	56,7%	,0%	100,0%
Total		Count	22	14	61	1	98
		% within Genero	22,4%	14,3%	62,2%	1,0%	100,0%

Tabela 66 – Razões das Agressões/Gênero

Comportamentos sexuais

Genero * Comportamentos Sexuais

			Comportamentos Sexuais		Total
			Sim	Não	
Genero	Masculino	Count	47	168	215
		% within Genero	21,9%	78,1%	100,0%

Feminino	Count	43	172	215
	% within Genero	20,0%	80,0%	100,0%
Total	Count	90	340	430
	% within Genero	20,9%	79,1%	100,0%

Tabela 67 – Comportamentos Sexuais/Género

Idade da 1ª Relação

Genero * Idade da 1ª Relação

			Idade da 1ª Relação					Total
			12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	
Genero	Masculino	Count	6	8	16	7	3	40
		% within Genero	15,0%	20,0%	40,0%	17,5%	7,5%	100,0%
	Feminino	Count	4	8	13	13	4	42
		% within Genero	9,5%	19,0%	31,0%	31,0%	9,5%	100,0%
Total	Count		10	16	29	20	7	82
	% within Genero		12,2%	19,5%	35,4%	24,4%	8,5%	100,0%

Tabela 68 – Idade da 1ª Relação/Género

Frequência das relações

Genero * Frequencia das Relações

			Frequencia das Relações					
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins de semana	Ocasionalmente	
Genero	Masculino	Count	3	5	2	5	25	40
		% within Genero	7,5%	12,5%	5,0%	12,5%	62,5%	100,0%
	Feminino	Count	2	8	8	3	18	39
		% within Genero	5,1%	20,5%	20,5%	7,7%	46,2%	100,0%
Total		Count	5	13	10	8	43	79
		% within Genero	6,3%	16,5%	12,7%	10,1%	54,4%	100,0%

Tabela 69 – Frequência das Relações/Gênero

Utilização de contraceptivos

Genero * Utilização de Contraceptivos

			Utilização de Contraceptivos		Total
			Sim	Não	
Genero	Masculino	Count	40	3	43

		% within Genero	93,0%	7,0%	100,0%
Feminino	Count		43	0	43
	% within Genero		100,0%	,0%	100,0%
Total	Count		83	3	86
	% within Genero		96,5%	3,5%	100,0%

Tabela 70 – Utilização de Contraceptivos/Género

Razão porque iniciou

Genero * Razão porque iniciou a sua pratica

			Razão porque iniciou a sua pratica								Total
			Curiosidade	Achava que tinha idade	Para me provar que sou capaz	Para ficar mais comprometido com a namorada	Porque o ambiente se proporcionou	Porque não conseguiu resisitir	Porque fui obrigado(a)	Outra	
Genero	Masculino	Count	1	2	6	5	24	6	0	1	
		% within Genero	2,2%	4,4%	13,3%	11,1%	53,3%	13,3%	,0%	2,2%	1
	Feminino	Count	1	3	0	3	28	3	2	2	
		% within Genero	2,4%	7,1%	,0%	7,1%	66,7%	7,1%	4,8%	4,8%	1
Total	Count		2	5	6	8	52	9	2	3	
	% within Genero		2,3%	5,7%	6,9%	9,2%	59,8%	10,3%	2,3%	3,4%	1

Tabela 71 – Razão porque iniciou a sua pratica

Sexo sobre efeitos de drogas ou alcool

Genero * Sexo sobre efeito de drogas ou alcool					
			Sexo sobre efeito de drogas ou alcool		Total
			Sim	Não	
Genero	Masculino	Count	10	35	45
		% within Genero	22,2%	77,8%	100,0%
	Feminino	Count	3	39	42
		% within Genero	7,1%	92,9%	100,0%
Total		Count	13	74	87
		% within Genero	14,9%	85,1%	100,0%

H1: os comportamentos de risco variam consoante o Género

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Consumo de Tabaco	Between Groups	,790	1	,790	3,275	,071

	Within Groups	103,005	427	,241		
	Total	103,795	428			
Idade que fumou o 1º cigarro	Between Groups	1,898	1	1,898	1,713	,192
	Within Groups	186,108	168	1,108		
	Total	188,006	169			
Frequência com que fumou	Between Groups	24,312	1	24,312	7,765	,006
	Within Groups	438,343	140	3,131		
	Total	462,655	141			
Local onde fuma	Between Groups	,021	1	,021	,009	,923
	Within Groups	282,407	129	2,189		
	Total	282,427	130			
Razão porque fuma	Between Groups	13,168	1	13,168	8,275	,005
	Within Groups	246,641	155	1,591		
	Total	259,809	156			
Consumo de Alcool	Between Groups	,233	1	,233	1,178	,278
	Within Groups	84,474	428	,197		
	Total	84,707	429			
Idade que bebeu	Between Groups	,542	1	,542	1,376	,242

	Within Groups	118,094	300	,394		
	Total	118,636	301			
Frequência consumo de Alcool	Between Groups	,691	1	,691	1,722	,191
	Within Groups	104,678	261	,401		
	Total	105,369	262			
Local onde bebe	Between Groups	1,283	1	1,283	4,376	,037
	Within Groups	71,272	243	,293		
	Total	72,555	244			
Razao porque bebe	Between Groups	,285	1	,285	,150	,699
	Within Groups	492,666	260	1,895		
	Total	492,950	261			
Tipo de bebidas	Between Groups	3,936	1	3,936	4,734	,030
	Within Groups	225,339	271	,832		
	Total	229,275	272			
Consumo de Drogas	Between Groups	,114	1	,114	1,019	,313
	Within Groups	47,851	428	,112		
	Total	47,965	429			
Tipo de Drogas	Between Groups	,857	1	,857	,798	,376

	Within Groups	58,000	54	1,074		
	Total	58,857	55			
Idade da 1ª Droga	Between Groups	7,599	1	7,599	5,673	,022
	Within Groups	57,601	43	1,340		
	Total	65,200	44			
Frequencia com que se droga	Between Groups	12,581	1	12,581	6,401	,015
	Within Groups	80,581	41	1,965		
	Total	93,163	42			
Local onde se droga	Between Groups	1,098	1	1,098	,676	,417
	Within Groups	55,207	34	1,624		
	Total	56,306	35			
Razao porque se droga	Between Groups	1,534	1	1,534	1,118	,296
	Within Groups	57,625	42	1,372		
	Total	59,159	43			
Comportamentos Violentos Pessoais	Between Groups	,840	1	,840	4,637	,032
	Within Groups	77,488	428	,181		
	Total	78,328	429			
Idade da 1ª Agressão	Between Groups	,570	1	,570	2,085	,152

	Within Groups	23,246	85	,273		
	Total	23,816	86			
Frequencia com que sofre Agressões	Between Groups	2,706	1	2,706	3,410	,069
	Within Groups	54,758	69	,794		
	Total	57,465	70			
Local onde é Agredido	Between Groups	,296	1	,296	,428	,515
	Within Groups	54,691	79	,692		
	Total	54,988	80			
Tipos de Agressão	Between Groups	1,190	1	1,190	,499	,482
	Within Groups	226,583	95	2,385		
	Total	227,773	96			
Comportamentos Violentos a Outros	Between Groups	4,570	1	4,570	23,839	,000
	Within Groups	81,863	427	,192		
	Total	86,434	428			
Frequencia com que agride	Between Groups	,522	1	,522	,495	,483
	Within Groups	102,387	97	1,056		
	Total	102,909	98			
Razoes das Agressoes	Between Groups	,995	1	,995	1,387	,242

	Within Groups	68,852	96	,717		
	Total	69,847	97			
Comportamentos Sexuais	Between Groups	,037	1	,037	,224	,636
	Within Groups	71,126	428	,166		
	Total	71,163	429			
Idade da 1ª Relação	Between Groups	1,771	1	1,771	1,387	,242
	Within Groups	102,180	80	1,277		
	Total	103,951	81			
Frequencia das Relações	Between Groups	3,282	1	3,282	1,732	,192
	Within Groups	145,908	77	1,895		
	Total	149,190	78			
Utilização de Contraceptivos	Between Groups	,105	1	,105	3,150	,080
	Within Groups	2,791	84	,033		
	Total	2,895	85			
Razão porque iniciou a sua prática	Between Groups	4,079	1	4,079	1,586	,211
	Within Groups	218,633	85	2,572		
	Total	222,713	86			
<u>Sexo sobre efeito de drogas</u>	Between Groups	,494	1	,494	3,975	,049

ou alcool	Within Groups	10,563	85	,124		
	Total	11,057	86			

Tabela 72 - Género

H2: nível socioeconómico

Consumo de tabaco

Profissão do Encarregado de Educação * Consumo de Tabaco

			Consumo de Tabaco		Total
			Sim	Não	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	1	3	4
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	75,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	41	76	117
		% within Profissão do Encarregado de Educação	35,0%	65,0%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	20	30	50

Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	40,0%	60,0%	100,0%
Pessoal Administrativo e Similares	Count	22	33	55
	% within Profissão do Encarregado de Educação	40,0%	60,0%	100,0%
Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	28	24	52
	% within Profissão do Encarregado de Educação	53,8%	46,2%	100,0%
Agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura e Pescas	Count	0	1	1
	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	7	9	16
	% within Profissão do Encarregado de Educação	43,8%	56,3%	100,0%
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	2	6	8
	% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	75,0%	100,0%
Trabalhadores não qualificados	Count	26	40	66
	% within Profissão do Encarregado de Educação	39,4%	60,6%	100,0%
Desempregado, Reformado,	Count	7	6	13

Estudante	% within Profissão do Encarregado de Educação	53,8%	46,2%	100,0%
Total	Count	154	228	382
	% within Profissão do Encarregado de Educação	40,3%	59,7%	100,0%

Tabela 73 – Consumo de Tabaco/Nível Socioeconómico

Idade do 1º Consumo

Profissão do Encarregado de Educação * Idade que fumou o 1º cigarro

			Idade que fumou o 1º cigarro					Total
			12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	1	0	0	0	0	1
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões	Count	17	20	2	2	1	42
	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	40,5%	47,6%	4,8%	4,8%	2,4%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	9	5	4	0	1	19

Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	47,4%	26,3%	21,1%	,0%	5,3%	100,0%
Pessoal Administrativo e Similares	Count	7	7	3	3	1	21
	% within Profissão do Encarregado de Educação	33,3%	33,3%	14,3%	14,3%	4,8%	100,0%
Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	12	6	4	4	0	26
	% within Profissão do Encarregado de Educação	46,2%	23,1%	15,4%	15,4%	,0%	100,0%
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	2	4	1	0	0	7
	% within Profissão do Encarregado de Educação	28,6%	57,1%	14,3%	,0%	,0%	100,0%
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	1	1	0	0	0	2
	% within Profissão do Encarregado de Educação	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Trabalhadores não qualificados	Count	11	7	5	2	0	25
	% within Profissão do Encarregado de Educação	44,0%	28,0%	20,0%	8,0%	,0%	100,0%
Desempregado, Reformado, Estudante	Count	5	1	0	1	0	7
	% within Profissão do Encarregado de Educação	71,4%	14,3%	,0%	14,3%	,0%	100,0%
Total	Count	65	51	19	12	3	150

	% within Profissão do Encarregado de Educação	43,3%	34,0%	12,7%	8,0%	2,0%	100,0%
--	---	-------	-------	-------	------	------	--------

Tabela 74 – Idade do 1º Consumo

Frequência com que fumou

Profissão do Encarregado de Educação * Frequência com que fumou

			Frequência com que fumou					Total
			Todos os dias	2-3 Vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins-de-semana	Ocasionalmente	
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	6	5	2	1	16	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	20,0%	16,7%	6,7%	3,3%	53,3%	100
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	5	1	2	0	9	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	29,4%	5,9%	11,8%	,0%	52,9%	100
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	5	4	0	0	10	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	26,3%	21,1%	,0%	,0%	52,6%	100
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	8	5	1	0	8	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	36,4%	22,7%	4,5%	,0%	36,4%	100

	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	1	0	0	1	5	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	14,3%	,0%	,0%	14,3%	71,4%	100
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	2	0	0	0	0	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100
	Trabalhadores não qualificados	Count	9	6	0	0	7	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	40,9%	27,3%	,0%	,0%	31,8%	100
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	3	3	0	0	1	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	42,9%	42,9%	,0%	,0%	14,3%	100
Total		Count	39	24	5	2	56	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	31,0%	19,0%	4,0%	1,6%	44,4%	100

Tabela 75 – Frequência com que fumou/ Nivel Socioeconómico

Local onde fuma

Profissão do Encarregado de Educação * Local onde fuma

	Local onde fuma	Total
--	-----------------	-------

			Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas	Em todo o lado	
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	7	8	3	3	5	26
		% within Profissão do Encarregado de Educação	26,9%	30,8%	11,5%	11,5%	19,2%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	5	6	0	2	3	16
		% within Profissão do Encarregado de Educação	31,3%	37,5%	,0%	12,5%	18,8%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	3	9	0	3	5	20
		% within Profissão do Encarregado de Educação	15,0%	45,0%	,0%	15,0%	25,0%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	10	4	0	3	3	20
		% within Profissão do Encarregado de Educação	50,0%	20,0%	,0%	15,0%	15,0%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	2	2	0	1	0	5
		% within Profissão do Encarregado de Educação	40,0%	40,0%	,0%	20,0%	,0%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	1	0	0	0	1	2
		% within Profissão do Encarregado de Educação	50,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%
	Trabalhadores não	Count	6	10	0	2	3	21

	qualificados	% within Profissão do Encarregado de Educação	28,6%	47,6%	,0%	9,5%	14,3%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	3	3	0	0	1	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	42,9%	42,9%	,0%	,0%	14,3%	100,0%
Total		Count	37	42	3	14	21	117
		% within Profissão do Encarregado de Educação	31,6%	35,9%	2,6%	12,0%	17,9%	100,0%

Tabela 76 – Local onde Fuma/Nível Socioeconómico

Razão de fumar

Profissão do Encarregado de Educação * Razão porque fuma

			Razão porque fuma				Total
			Curiosidade	Por causa dos amigos	Porque se sente bem, confiança	Outras	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	1	0	0	0	1
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	19	3	7	6	35
		% within Profissão do Encarregado de Educação	54,3%	8,6%	20,0%	17,1%	100,0%

	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	10	0	2	6	18
		% within Profissão do Encarregado de Educação	55,6%	,0%	11,1%	33,3%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	11	0	5	5	21
		% within Profissão do Encarregado de Educação	52,4%	,0%	23,8%	23,8%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	13	0	4	7	24
		% within Profissão do Encarregado de Educação	54,2%	,0%	16,7%	29,2%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	3	1	2	1	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	42,9%	14,3%	28,6%	14,3%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	0	1	0	1	2
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	9	0	6	8	23
		% within Profissão do Encarregado de Educação	39,1%	,0%	26,1%	34,8%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	0	2	1	4	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	28,6%	14,3%	57,1%	100,0%
	Total	Count	66	7	27	38	138

	% within Profissão do Encarregado de Educação	47,8%	5,1%	19,6%	27,5%	100,0%
--	---	-------	------	-------	-------	--------

Tabela 77 – Razão de Fumar/Nível Socioeconómico

Consumo de álcool

Profissão do Encarregado de Educação * Consumo de Alcool

			Consumo de Alcool		Total
			Sim	Não	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	3	1	4
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	75,0%	25,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	83	35	118
		% within Profissão do Encarregado de Educação	70,3%	29,7%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	30	20	50
		% within Profissão do Encarregado de Educação	60,0%	40,0%	100,0%
Pessoal Administrativo e		Count	40	15	55

Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	72,7%	27,3%	100,0%
Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	45	7	52
	% within Profissão do Encarregado de Educação	86,5%	13,5%	100,0%
Agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura e Pescas	Count	0	1	1
	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	13	3	16
	% within Profissão do Encarregado de Educação	81,3%	18,8%	100,0%
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	7	1	8
	% within Profissão do Encarregado de Educação	87,5%	12,5%	100,0%
Trabalhadores não qualificados	Count	45	21	66
	% within Profissão do Encarregado de Educação	68,2%	31,8%	100,0%
Desempregado, Reformado, Estudante	Count	9	4	13
	% within Profissão do Encarregado de Educação	69,2%	30,8%	100,0%
Total	Count	275	108	383

	% within Profissão do Encarregado de Educação	71,8%	28,2%	100,0%
--	---	-------	-------	--------

Tabela 78 – Consumo de álcool/ nível socioeconómico

Idade do 1ºconsumo

Profissão do Encarregado de Educação * Idade que bebeu

			Idade que bebeu			Total
			5 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 16 anos	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	0	3	0	3
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	7	48	26	81
		% within Profissão do Encarregado de Educação	8,6%	59,3%	32,1%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	2	18	7	27
		% within Profissão do Encarregado de Educação	7,4%	66,7%	25,9%	100,0%
	Pessoal Administrativo e	Count	4	19	16	39

	Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	10,3%	48,7%	41,0%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	5	23	17	45
		% within Profissão do Encarregado de Educação	11,1%	51,1%	37,8%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	2	6	5	13
		% within Profissão do Encarregado de Educação	15,4%	46,2%	38,5%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	0	4	2	6
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	2	22	20	44
		% within Profissão do Encarregado de Educação	4,5%	50,0%	45,5%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	0	4	4	8
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	Total	Count	22	147	97	266
		% within Profissão do Encarregado de Educação	8,3%	55,3%	36,5%	100,0%

Tabela 79 –Idade do 1ºConsumo/Nível Socioeconómico

Frequência consumo de álcool

Profissão do Encarregado de Educação * Frequência consumo de Alcool

			Frequência consumo de Alcool					Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins de semana	Ocasionalmente	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	0	0	0	0	3	
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	0	0	2	8	55	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	3,1%	12,3%	84,6%	100
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	1	0	1	3	21	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	3,8%	,0%	3,8%	11,5%	80,8%	100
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	0	1	1	6	24	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	3,1%	3,1%	18,8%	75,0%	100
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	0	0	1	6	35	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	2,4%	14,3%	83,3%	100
	Operários, Artífices e	Count	0	0	0	1	10	

	Trabalhadores Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	9,1%	90,9%	100
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 16,7%	5 83,3%	100
	Trabalhadores não qualificados	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	5 12,2%	36 87,8%	100
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	1 11,1%	0 ,0%	2 22,2%	6 66,7%	100
Total		Count % within Profissão do Encarregado de Educação	1 ,4%	2 ,9%	5 2,1%	32 13,6%	195 83,0%	100

Tabela 80 – Frequência Consumo de Alcool/ Nível Socioeconómico

Local de consumo de álcool

Profissão do Encarregado de Educação * Local onde bebe

		Local onde bebe				Total	
		Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas		
Profissão do Encarregado de	Quadros Superiores	Count	0	0	2	0	2

Educação	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	0	1	13	48	62
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	1,6%	21,0%	77,4%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	1	0	6	19	26
		% within Profissão do Encarregado de Educação	3,8%	,0%	23,1%	73,1%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	1	0	8	21	30
		% within Profissão do Encarregado de Educação	3,3%	,0%	26,7%	70,0%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	0	0	13	25	38
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	34,2%	65,8%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	0	0	7	2	9
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	77,8%	22,2%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	0	1	2	4	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	14,3%	28,6%	57,1%	100,0%
	Trabalhadores não	Count	0	0	11	27	38

	qualificados	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	28,9%	71,1%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	0	0	3	5	8
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	37,5%	62,5%	100,0%
Total		Count	2	2	65	151	220
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,9%	,9%	29,5%	68,6%	100,0%

Tabela 81 – Local de consumo de álcool/Nível Socioeconómico

Razão porque bebe

Profissão do Encarregado de Educação * Razao porque bebe

			Razao porque bebe				Total
			Curiosidade	Por causa dos amigos	Porque se sente bem, confiança	Outras	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	1	0	0	1	2
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	50,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	32	1	7	26	66
		% within Profissão do Encarregado de Educação	48,5%	1,5%	10,6%	39,4%	100,0%

	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	10	0	5	14	29
		% within Profissão do Encarregado de Educação	34,5%	,0%	17,2%	48,3%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	18	3	3	8	32
		% within Profissão do Encarregado de Educação	56,3%	9,4%	9,4%	25,0%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	19	0	3	18	40
		% within Profissão do Encarregado de Educação	47,5%	,0%	7,5%	45,0%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	5	2	1	3	11
		% within Profissão do Encarregado de Educação	45,5%	18,2%	9,1%	27,3%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	5	1	0	1	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	71,4%	14,3%	,0%	14,3%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	13	1	10	17	41
		% within Profissão do Encarregado de Educação	31,7%	2,4%	24,4%	41,5%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	3	1	0	3	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	42,9%	14,3%	,0%	42,9%	100,0%
	Total	Count	106	9	29	91	235

	% within Profissão do Encarregado de Educação	45,1%	3,8%	12,3%	38,7%	100,0%
--	---	-------	------	-------	-------	--------

Tabela 82 – Razão porque bebe/Nível Socioeconómico

Tipo de bebidas

Profissão do Encarregado de Educação * Tipo de bebidas

			Tipo de bebidas			Total
			Leves	Médias	Pesadas	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	1	0	2	3
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
	Especialistas das Profissões	Count	25	4	36	65
	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	38,5%	6,2%	55,4%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	6	0	24	30
	Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	20,0%	,0%	80,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e	Count	9	3	21	33
	Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	27,3%	9,1%	63,6%	100,0%

	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	11	1	31	43
		% within Profissão do Encarregado de Educação	25,6%	2,3%	72,1%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	4	2	5	11
		% within Profissão do Encarregado de Educação	36,4%	18,2%	45,5%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	2	0	5	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	28,6%	,0%	71,4%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	13	5	25	43
		% within Profissão do Encarregado de Educação	30,2%	11,6%	58,1%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	3	0	6	9
		% within Profissão do Encarregado de Educação	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
Total		Count	74	15	155	244
		% within Profissão do Encarregado de Educação	30,3%	6,1%	63,5%	100,0%

Tabela 83 – Tipo de Bebidas/nível Socioeconómico

Consumo de drogas

Profissão do Encarregado de Educação * Consumo de Drogas

			Consumo de Drogas		Total
			Sim	Não	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	0	4	4
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	12	106	118
		% within Profissão do Encarregado de Educação	10,2%	89,8%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	6	44	50
		% within Profissão do Encarregado de Educação	12,0%	88,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	8	47	55
		% within Profissão do Encarregado de Educação	14,5%	85,5%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	5	47	52
		% within Profissão do Encarregado de Educação	9,6%	90,4%	100,0%
	Agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura e Pescas	Count	0	1	1
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%

	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	1	15	16
		% within Profissão do Encarregado de Educação	6,3%	93,8%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	0	8	8
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	11	55	66
		% within Profissão do Encarregado de Educação	16,7%	83,3%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	4	9	13
		% within Profissão do Encarregado de Educação	30,8%	69,2%	100,0%
Total		Count	47	336	383
		% within Profissão do Encarregado de Educação	12,3%	87,7%	100,0%

Tabela 84 – Consumo de drogas/Nível Socioeconómico

Tipo de drogas

Profissão do Encarregado de Educação * Tipo de Drogas

	Tipo de Drogas				Total
	Haxixe, erva	Estimulantes	Cola	Drogas Fortes	

Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	11	0	0	1	12
		% within Profissão do Encarregado de Educação	91,7%	,0%	,0%	8,3%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	5	1	0	0	6
		% within Profissão do Encarregado de Educação	83,3%	16,7%	,0%	,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	6	1	2	0	9
		% within Profissão do Encarregado de Educação	66,7%	11,1%	22,2%	,0%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	5	0	0	0	5
		% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	1	0	0	0	1
		% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	8	2	1	1	12
		% within Profissão do Encarregado de Educação	66,7%	16,7%	8,3%	8,3%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	4	0	0	0	4
		% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Total	Count	40	4	3	2	49

% within Profissão do Encarregado de Educação	81,6%	8,2%	6,1%	4,1%	100,0%
---	-------	------	------	------	--------

Tabela 85 – Tipo de Drogas/Nível Socioeconómico

Idade da 1ª Droga

Profissão do Encarregado de Educação * Idade da 1ª Droga

			Idade da 1ª Droga					Total
			12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões	Count	3	2	5	1	1	12
	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	16,7%	41,7%	8,3%	8,3%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	1	2	0	0	1	4
	Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	50,0%	,0%	,0%	25,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e	Count	0	3	1	0	1	5
	Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	60,0%	20,0%	,0%	20,0%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e	Count	2	0	0	2	0	4

	Vendedores	% within Profissão do Encarregado de Educação	50,0%	,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	0	1	0	0	0	1
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	1	1	6	1	1	10
		% within Profissão do Encarregado de Educação	10,0%	10,0%	60,0%	10,0%	10,0%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	1	1	2	0	0	4
		% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	25,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
	Total	Count	8	10	14	4	4	40
		% within Profissão do Encarregado de Educação	20,0%	25,0%	35,0%	10,0%	10,0%	100,0%

Tabela 86 – Idade da 1ª Droga/Nível Socioeconómico

Frequência com que se droga

Profissão do Encarregado de Educação * Frequencia com que se droga		
	Frequencia com que se droga	Total

			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins de semana	Ocasionalmente	
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	0 ,0%	1 9,1%	1 9,1%	9 81,8%	100
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	1 20,0%	0 ,0%	1 20,0%	3 60,0%	100
	Pessoal Administrativo e Similares	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	1 25,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 75,0%	100
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	2 40,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 60,0%	100
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%	100
	Trabalhadores não qualificados	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	3 33,3%	2 22,2%	1 11,1%	1 11,1%	2 22,2%	100
	Desempregado, Reformado,	Count	0	1	0	0	2	

Estudante	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	33,3%	,0%	,0%	66,7%	100
Total	Count	3	7	2	3	23	100
	% within Profissão do Encarregado de Educação	7,9%	18,4%	5,3%	7,9%	60,5%	100

Tabela 87- Frequência de consumo/Nível Socioeconómico

Local de consumo

Profissão do Encarregado de Educação * Local onde se droga

			Local onde se droga					Total
			Escola	Rua	Casa	Café, Bar, Festas	Em todo o lado	
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões	Count	2	2	3	3	0	10
	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	20,0%	20,0%	30,0%	30,0%	,0%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	1	2	0	1	1	5
	Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	20,0%	40,0%	,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e	Count	0	0	1	0	2	3
	Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	33,3%	,0%	66,7%	100,0%

	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	2	2	0	0	0	4
		% within Profissão do Encarregado de Educação	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	1	3	1	1	1	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	14,3%	42,9%	14,3%	14,3%	14,3%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	0	1	0	1	0	2
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
Total		Count	6	10	5	6	4	31
		% within Profissão do Encarregado de Educação	19,4%	32,3%	16,1%	19,4%	12,9%	100,0%

Tabela 88 – Local onde se droga/Nível Socioeconómico

Razão para o consumo

Profissão do Encarregado de Educação * Razão porque se droga

	Razão porque se droga				Total
	Curiosidade	Por causa dos amigos	Porque se sente bem, confiança	Outras	
Profissão do Encarregado de Especialistas das Profissões Count	7	0	4	1	12

Educação	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	58,3%	,0%	33,3%	8,3%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	1	0	2	1	4
		% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	0	2	1	0	3
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	2	0	2	0	4
		% within Profissão do Encarregado de Educação	50,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	1	0	0	0	1
Total		% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	3	0	4	2	9
		% within Profissão do Encarregado de Educação	33,3%	,0%	44,4%	22,2%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	2	0	0	1	3
		% within Profissão do Encarregado de Educação	66,7%	,0%	,0%	33,3%	100,0%
		Count	16	2	13	5	36

	% within Profissão do Encarregado de Educação	44,4%	5,6%	36,1%	13,9%	100,0%
--	---	-------	------	-------	-------	--------

Tabela 89 – Razão Para o Consumo/Nível Socioeconómico

Comportamentos violentos

Profissão do Encarregado de Educação * Comportamentos Violentos Pessoais

			Comportamentos Violentos Pessoais		Total
			Sim	Não	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	1	3	4
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	75,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	31	87	118
		% within Profissão do Encarregado de Educação	26,3%	73,7%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	14	36	50
		% within Profissão do Encarregado de Educação	28,0%	72,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	9	46	55
		% within Profissão do Encarregado de Educação	16,4%	83,6%	100,0%

Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	8	44	52
	% within Profissão do Encarregado de Educação	15,4%	84,6%	100,0%
Agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura e Pescas	Count	0	1	1
	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	5	11	16
	% within Profissão do Encarregado de Educação	31,3%	68,8%	100,0%
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	1	7	8
	% within Profissão do Encarregado de Educação	12,5%	87,5%	100,0%
Trabalhadores não qualificados	Count	13	53	66
	% within Profissão do Encarregado de Educação	19,7%	80,3%	100,0%
Desempregado, Reformado, Estudante	Count	7	6	13
	% within Profissão do Encarregado de Educação	53,8%	46,2%	100,0%
Total	Count	89	294	383
	% within Profissão do Encarregado de Educação	23,2%	76,8%	100,0%

Tabela 90 – Comportamentos violentos/Nível Socioeconómico

Idade da 1ª agressão

Profissão do Encarregado de Educação * Idade da 1ª Agressão

			Idade da 1ª Agressão			Total
			5 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 16 anos	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	0	1	0	1
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	6	17	2	25
		% within Profissão do Encarregado de Educação	24,0%	68,0%	8,0%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	2	8	4	14
		% within Profissão do Encarregado de Educação	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	0	8	1	9
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	88,9%	11,1%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	1	4	2	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
	Operários, Artífices e	Count	0	2	1	3

Trabalhadores Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	1	0	0	1
	% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Trabalhadores não qualificados	Count	0	11	1	12
	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	91,7%	8,3%	100,0%
Desempregado, Reformado, Estudante	Count	0	5	1	6
	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
Total	Count	10	56	12	78
	% within Profissão do Encarregado de Educação	12,8%	71,8%	15,4%	100,0%

Tabela 91 – Idade da 1ª Agressão/Nível Socioeconómico

Frequência com que sofre lesões

Profissão do Encarregado de Educação * Frequencia com que sofre Agressões Crosstabulation

	Frequencia com que sofre Agressões				Total
	Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Ocasionalmente	

Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	0	0	0	1	1
	Administração Pública	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	2	4	0	15	21
		% within Profissão do Encarregado de Educação	9,5%	19,0%	,0%	71,4%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	0	0	1	5	6
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	16,7%	83,3%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	0	1	1	7	9
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	11,1%	11,1%	77,8%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	1	1	0	3	5
		% within Profissão do Encarregado de Educação	20,0%	20,0%	,0%	60,0%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	1	0	0	1	2
		% within Profissão do Encarregado de Educação	50,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	0	0	0	1	1
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Trabalhadores não	Count	0	0	1	8	9

	qualificados	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	11,1%	88,9%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	0	0	0	7	7
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	4	6	3	48	61
		% within Profissão do Encarregado de Educação	6,6%	9,8%	4,9%	78,7%	100,0%

Tabela 92 – Frequência com que sofre agressões/Nível Socioeconómico

Local onde sofre a agressão

Profissão do Encarregado de Educação * Local onde é Agredido

			Local onde é Agredido					Total
			Porta da Escola	Ao pé do autocarro	Recreio	Nas aulas	Em todo o lado	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	0	0	1	0	0	1
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões	Count	2	0	21	0	1	24

	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	8,3%	,0%	87,5%	,0%	4,2%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	1	1	8	1	1	12
	Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	8,3%	8,3%	66,7%	8,3%	8,3%	100,0%
	Pessoal Administrativo e	Count	0	0	7	0	1	8
	Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	87,5%	,0%	12,5%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e	Count	0	2	6	0	0	8
	Vendedores	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	25,0%	75,0%	,0%	,0%	100,0%
	Operários, Artífices e	Count	0	0	4	1	0	5
	Trabalhadores Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	80,0%	20,0%	,0%	100,0%
	Operadores de Instalações e	Count	0	0	1	0	0	1
	Máquinas e Trabalhadores da Montagem	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Trabalhadores não	Count	1	1	4	0	2	8
	qualificados	% within Profissão do Encarregado de Educação	12,5%	12,5%	50,0%	,0%	25,0%	100,0%
	Desempregado, Reformado,	Count	1	0	3	1	0	5

Estudante	% within Profissão do Encarregado de Educação	20,0%	,0%	60,0%	20,0%	,0%	100,0%
Total	Count	5	4	55	3	5	72
	% within Profissão do Encarregado de Educação	6,9%	5,6%	76,4%	4,2%	6,9%	100,0%

Tabela 93 – Local onde Sofre a Agressão/Nível Socioeconómico

Tipo de Agressão

Profissão do Encarregado de Educação * Tipos de Agressão

			Tipos de Agressão				Total
			Verbal	Física	Com objecto ou arma	Verbal e Física	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	0	0	0	1	1
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões	Count	14	5	5	5	29
	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	48,3%	17,2%	17,2%	17,2%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	3	2	4	4	13
	Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	23,1%	15,4%	30,8%	30,8%	100,0%

Pessoal Administrativo e Similares	Count	5	2	0	1	8
	% within Profissão do Encarregado de Educação	62,5%	25,0%	,0%	12,5%	100,0%
Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	3	2	1	2	8
	% within Profissão do Encarregado de Educação	37,5%	25,0%	12,5%	25,0%	100,0%
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	2	1	2	0	5
	% within Profissão do Encarregado de Educação	40,0%	20,0%	40,0%	,0%	100,0%
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	1	0	0	0	1
	% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Trabalhadores não qualificados	Count	6	5	1	1	13
	% within Profissão do Encarregado de Educação	46,2%	38,5%	7,7%	7,7%	100,0%
Desempregado, Reformado, Estudante	Count	3	1	1	2	7
	% within Profissão do Encarregado de Educação	42,9%	14,3%	14,3%	28,6%	100,0%
Total	Count	37	18	14	16	85
	% within Profissão do Encarregado de Educação	43,5%	21,2%	16,5%	18,8%	100,0%

Tabela 94 – Tipos de Agressão/Nível Socioeconómico

Agressão a outros

Profissão do Encarregado de Educação * Comportamentos Violentos a Outros

			Comportamentos Violentos a Outros		Total
			Sim	Não	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	1	3	4
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	75,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões	Count	22	96	118
	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	18,6%	81,4%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	17	33	50
		% within Profissão do Encarregado de Educação	34,0%	66,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	17	38	55
		% within Profissão do Encarregado de Educação	30,9%	69,1%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	15	37	52
		% within Profissão do Encarregado de Educação	28,8%	71,2%	100,0%
	Agricultores e trabalhadores	Count	0	1	1

	qualificados da Agricultura e Pescas	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	6	10	16
		% within Profissão do Encarregado de Educação	37,5%	62,5%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	1	7	8
		% within Profissão do Encarregado de Educação	12,5%	87,5%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	23	42	65
		% within Profissão do Encarregado de Educação	35,4%	64,6%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	6	7	13
		% within Profissão do Encarregado de Educação	46,2%	53,8%	100,0%
Total		Count	108	274	382
		% within Profissão do Encarregado de Educação	28,3%	71,7%	100,0%

Tabela 95 – Comportamentos violentos a outros/Nível Socioeconómico

Frequência de agressão

Profissão do Encarregado de Educação * Frequencia com que agride

			Frequencia com que agride				Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Ocasionalmente	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	0	0	0	1	1
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	0	1	1	18	20
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	5,0%	5,0%	90,0%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	1	1	0	9	11
		% within Profissão do Encarregado de Educação	9,1%	9,1%	,0%	81,8%	100,0%
	Pessoal Administrativo e Similares	Count	2	1	0	13	16
		% within Profissão do Encarregado de Educação	12,5%	6,3%	,0%	81,3%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	1	0	0	11	12
		% within Profissão do Encarregado de Educação	8,3%	,0%	,0%	91,7%	100,0%
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	0	0	0	5	5
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Trabalhadores não	Count	0	0	2	17	19

	qualificados	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	10,5%	89,5%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	0	0	0	5	5
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	4	3	3	79	89
		% within Profissão do Encarregado de Educação	4,5%	3,4%	3,4%	88,8%	100,0%

Tabela 96 – Frequência com que agride/Nível Socioeconómico

Razoes das agressões

Profissão do Encarregado de Educação * Razoes das Agressoes

			Razoes das Agressoes				Total
			Por Defesa	Por gosto	Devido a agressões verbais	Por causa dos meus amigos	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	1	0	0	0	1
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões	Count	5	3	9	1	18

	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	27,8%	16,7%	50,0%	5,6%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	3	4	9	0	16
	Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	18,8%	25,0%	56,3%	,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e	Count	2	3	10	0	15
	Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	13,3%	20,0%	66,7%	,0%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e	Count	0	1	10	0	11
	Vendedores	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	9,1%	90,9%	,0%	100,0%
	Operários, Artífices e	Count	2	0	4	0	6
	Trabalhadores Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	33,3%	,0%	66,7%	,0%	100,0%
	Trabalhadores não	Count	6	1	11	0	18
	qualificados	% within Profissão do Encarregado de Educação	33,3%	5,6%	61,1%	,0%	100,0%
	Desempregado, Reformado,	Count	1	1	2	0	4
	Estudante	% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	25,0%	50,0%	,0%	100,0%
	Total	Count	20	13	55	1	89

	% within Profissão do Encarregado de Educação	22,5%	14,6%	61,8%	1,1%	100,0%
--	--	-------	-------	-------	------	--------

Tabela 97 – Razões das Agressões/Nível Socioeconómico

Comportamentos sexuais

Profissão do Encarregado de Educação * Comportamentos Sexuais

			Comportamentos Sexuais		Total
			Sim	Não	
Profissão do Encarregado de Educação	Quadros Superiores	Count	0	4	4
	Administração Publica	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
	Especialistas das Profissões	Count	12	106	118
	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	10,2%	89,8%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	12	38	50
	Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	24,0%	76,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e	Count	13	42	55
	Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	23,6%	76,4%	100,0%

Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	16	36	52
	% within Profissão do Encarregado de Educação	30,8%	69,2%	100,0%
Agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura e Pescas	Count	0	1	1
	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	3	13	16
	% within Profissão do Encarregado de Educação	18,8%	81,3%	100,0%
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	3	5	8
	% within Profissão do Encarregado de Educação	37,5%	62,5%	100,0%
Trabalhadores não qualificados	Count	12	54	66
	% within Profissão do Encarregado de Educação	18,2%	81,8%	100,0%
Desempregado, Reformado, Estudante	Count	3	10	13
	% within Profissão do Encarregado de Educação	23,1%	76,9%	100,0%
Total	Count	74	309	383
	% within Profissão do Encarregado de Educação	19,3%	80,7%	100,0%

Tabela 98 – Comportamentos sexuais/Nível Socioeconómico

Idade da 1ª relação

Profissão do Encarregado de Educação * Idade da 1ª Relação

			Idade da 1ª Relação					Total
			12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões	Count	2	3	4	3	0	12
	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	16,7%	25,0%	33,3%	25,0%	,0%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	3	2	3	0	2	10
	Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	30,0%	20,0%	30,0%	,0%	20,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e	Count	0	3	3	3	2	11
	Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	27,3%	27,3%	27,3%	18,2%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e	Count	1	3	6	4	1	15
	Vendedores	% within Profissão do Encarregado de Educação	6,7%	20,0%	40,0%	26,7%	6,7%	100,0%
	Operários, Artífices e	Count	0	1	2	0	0	3
	Trabalhadores Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	33,3%	66,7%	,0%	,0%	100,0%
	Operadores de Instalações e	Count	1	1	1	0	0	3

	Máquinas e Trabalhadores da Montagem	% within Profissão do Encarregado de Educação	33,3%	33,3%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	1	0	6	4	0	11
		% within Profissão do Encarregado de Educação	9,1%	,0%	54,5%	36,4%	,0%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	1	1	0	1	0	3
		% within Profissão do Encarregado de Educação	33,3%	33,3%	,0%	33,3%	,0%	100,0%
Total		Count	9	14	25	15	5	68
		% within Profissão do Encarregado de Educação	13,2%	20,6%	36,8%	22,1%	7,4%	100,0%

Tabela 99 – Idade da 1ª Relação/Nível Socioeconómico

Frequência das relações

Profissão do Encarregado de Educação * Frequencia das Relações

			Frequencia das Relações					Total
			Todos os dias	2-3 vezes por semana	1 vez por semana	Apenas aos fins de semana	Ocasionalmente	
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	1	1	3	1	5	100
		% within Profissão do Encarregado de Educação	9,1%	9,1%	27,3%	9,1%	45,5%	

	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	1 11,1%	0 ,0%	2 22,2%	0 ,0%	6 66,7%	100
	Pessoal Administrativo e Similares	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	1 10,0%	1 10,0%	2 20,0%	1 10,0%	5 50,0%	100
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	1 7,1%	3 21,4%	1 7,1%	0 ,0%	9 64,3%	100
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%	100
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	100
	Trabalhadores não qualificados	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	5 50,0%	0 ,0%	3 30,0%	2 20,0%	100
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	100
	Total	Count	5	12	9	7	30	

	% within Profissão do Encarregado de Educação	7,9%	19,0%	14,3%	11,1%	47,6%	100
--	---	------	-------	-------	-------	-------	-----

Tabela 100 – Frequência das relações

Utilização de contraceptivo

Profissão do Encarregado de Educação * Utilização de Contraceptivos

			Utilização de Contraceptivos		Total
			Sim	Não	
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões	Count	12	0	12
	Intelectuais e Científicas	% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	100,0%
	Técnicos e profissionais de	Count	11	0	11
	Nível intermédio	% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	100,0%
	Pessoal Administrativo e	Count	12	1	13
	Similares	% within Profissão do Encarregado de Educação	92,3%	7,7%	100,0%
	Pessoal dos Serviços e	Count	15	0	15
	Vendedores	% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	100,0%

	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	3	0	3
		% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	100,0%
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	3	0	3
		% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	100,0%
	Trabalhadores não qualificados	Count	12	0	12
		% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	100,0%
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	3	0	3
		% within Profissão do Encarregado de Educação	100,0%	,0%	100,0%
Total		Count	71	1	72
		% within Profissão do Encarregado de Educação	98,6%	1,4%	100,0%

Tabela 101 – Utilização de Contraceptivos/Nível Socioeconómico

Razão porque iniciou a sua pratica

Profissão do Encarregado de Educação * Razão porque iniciou a sua pratica	
	Razão porque iniciou a sua pratica

			Curiosidade	Achava que tinha idade	Para me provar que sou capaz	Para ficar mais comprometido com a namorada	Porque o ambiente se proporcionou	Porque consequentemente resis
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	0 ,0%	1 9,1%	1 9,1%	8 72,7%	
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	0 ,0%	2 18,2%	0 ,0%	9 81,8%	
	Pessoal Administrativo e Similares	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	1 7,7%	1 7,7%	2 15,4%	7 53,8%	
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	1 6,7%	1 6,7%	0 ,0%	1 6,7%	10 66,7%	
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	1 33,3%	
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count % within Profissão do Encarregado de Educação	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	
	Trabalhadores não	Count	0	1	1	1	5	

	qualificados	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	8,3%	8,3%	8,3%	41,7%	
	Desempregado, Reformado, Estudante	Count	0	0	0	2	1	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	,0%	,0%	66,7%	33,3%	
Total		Count	1	4	5	8	42	
		% within Profissão do Encarregado de Educação	1,4%	5,6%	7,0%	11,3%	59,2%	

Tabela 102 – Razão porque iniciou a sua pratica/Nível Socioeconómico

Relações sobre o efeito de drogas ou álcool

Profissão do Encarregado de Educação * Sexo sobre efeito de drogas ou álcool

			Sexo sobre efeito de drogas ou álcool		Total
			Sim	Não	
Profissão do Encarregado de Educação	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Count	1	11	12
		% within Profissão do Encarregado de Educação	8,3%	91,7%	100,0%
	Técnicos e profissionais de Nível intermédio	Count	2	9	11
		% within Profissão do Encarregado de Educação	18,2%	81,8%	100,0%

Pessoal Administrativo e Similares	Count	3	10	13
	% within Profissão do Encarregado de Educação	23,1%	76,9%	100,0%
Pessoal dos Serviços e Vendedores	Count	2	13	15
	% within Profissão do Encarregado de Educação	13,3%	86,7%	100,0%
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Count	0	3	3
	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Count	0	3	3
	% within Profissão do Encarregado de Educação	,0%	100,0%	100,0%
Trabalhadores não qualificados	Count	3	9	12
	% within Profissão do Encarregado de Educação	25,0%	75,0%	100,0%
Desempregado, Reformado, Estudante	Count	1	2	3
	% within Profissão do Encarregado de Educação	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Count	12	60	72
	% within Profissão do Encarregado de Educação	16,7%	83,3%	100,0%

Tabela 103 – Sexo sobre efeito de drogas ou álcool/Nível Socioeconómico

H2: Os comportamentos de risco variam consoante o estatuto socioeconómico

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Consumo de Tabaco	Between Groups	1,985	9	,221	,912	,514
	Within Groups	89,931	372	,242		
	Total	91,916	381			
Idade que fumou o 1º cigarro	Between Groups	4,887	8	,611	,563	,807
	Within Groups	152,987	141	1,085		
	Total	157,873	149			
Frequência com que fumou	Between Groups	44,421	7	6,346	2,078	,051
	Within Groups	360,436	118	3,055		
	Total	404,857	125			
Local onde fuma	Between Groups	9,129	7	1,304	,573	,777
	Within Groups	248,101	109	2,276		
	Total	257,231	116			
Razão porque fuma	Between Groups	14,834	8	1,854	1,086	,377
	Within Groups	220,245	129	1,707		

	Total	235,080	137			
Consumo de Alcool	Between Groups	2,810	9	,312	1,558	,126
	Within Groups	74,735	373	,200		
	Total	77,546	382			
Idade que bebeu	Between Groups	1,851	8	,231	,619	,761
	Within Groups	96,002	257	,374		
	Total	97,853	265			
Frequência consumo de Alcool	Between Groups	2,775	8	,347	1,093	,369
	Within Groups	71,719	226	,317		
	Total	74,494	234			
Local onde bebe	Between Groups	3,696	8	,462	1,579	,133
	Within Groups	61,736	211	,293		
	Total	65,432	219			
Razao porque bebe	Between Groups	19,277	8	2,410	1,258	,267
	Within Groups	432,808	226	1,915		
	Total	452,085	234			
Tipo de bebidas	Between Groups	5,497	8	,687	,821	,585
	Within Groups	196,614	235	,837		

	Total	202,111	243			
Consumo de Drogas	Between Groups	,944	9	,105	,971	,464
	Within Groups	40,289	373	,108		
	Total	41,232	382			
Tipo de Drogas	Between Groups	3,615	6	,602	,467	,829
	Within Groups	54,222	42	1,291		
	Total	57,837	48			
Idade da 1ª Droga	Between Groups	2,633	6	,439	,266	,949
	Within Groups	54,467	33	1,651		
	Total	57,100	39			
Frequencia com que se droga	Between Groups	23,363	6	3,894	2,135	,077
	Within Groups	56,532	31	1,824		
	Total	79,895	37			
Local onde se droga	Between Groups	13,940	5	2,788	1,743	,162
	Within Groups	39,995	25	1,600		
	Total	53,935	30			
Razao porque se droga	Between Groups	5,083	6	,847	,577	,745
	Within Groups	42,556	29	1,467		

	Total	47,639	35			
Comportamentos Violentos Pessoais	Between Groups	2,353	9	,261	1,479	,154
	Within Groups	65,965	373	,177		
	Total	68,319	382			
Idade da 1ª Agressão	Between Groups	2,712	8	,339	1,216	,303
	Within Groups	19,237	69	,279		
	Total	21,949	77			
Frequencia com que sofre Agressões	Between Groups	8,160	8	1,020	1,237	,297
	Within Groups	42,889	52	,825		
	Total	51,049	60			
Local onde é Agredido	Between Groups	1,678	8	,210	,292	,966
	Within Groups	45,308	63	,719		
	Total	46,986	71			
Tipos de Agressão	Between Groups	21,982	8	2,748	1,261	,277
	Within Groups	165,665	76	2,180		
	Total	187,647	84			
Comportamentos Violentos a Outros	Between Groups	2,462	9	,274	1,357	,206
	Within Groups	75,004	372	,202		

	Total	77,466	381			
Frequencia com que agride	Between Groups	4,645	7	,664	,614	,743
	Within Groups	87,558	81	1,081		
	Total	92,202	88			
Razoes das Agressoes	Between Groups	5,531	7	,790	1,102	,370
	Within Groups	58,087	81	,717		
	Total	63,618	88			
Comportamentos Sexuais	Between Groups	2,360	9	,262	1,706	,086
	Within Groups	57,342	373	,154		
	Total	59,702	382			
Idade da 1ª Relação	Between Groups	8,764	7	1,252	,995	,444
	Within Groups	75,515	60	1,259		
	Total	84,279	67			
Frequencia das Relações	Between Groups	16,991	7	2,427	1,215	,310
	Within Groups	109,866	55	1,998		
	Total	126,857	62			
Utilização de Contraceptivos	Between Groups	,063	7	,009	,624	,734
	Within Groups	,923	64	,014		

	Total	,986	71			
Razão porque iniciou a sua prática	Between Groups	15,347	7	2,192	,869	,536
	Within Groups	158,850	63	2,521		
	Total	174,197	70			
Sexo sobre efeito de drogas ou álcool	Between Groups	,489	7	,070	,470	,852
	Within Groups	9,511	64	,149		
	Total	10,000	71			

Tabela 104 – Estatuto Socioeconómico

Questionário

Este questionário é realizado no âmbito do Estágio Pedagógico da Faculdade de Motricidade Humana. Com ele procuramos conhecer os hábitos de vida dos alunos da Escola D. Carlos I e para isso a tua resposta é muito importante.

O questionário é anónimo, pelo que NÃO DEVES ESCREVER O TEU NOME.

Agradecemos-te desde já a tua colaboração neste estudo.

Idade _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Profissão do Encarregado de Educação:

Encarregado de Educação Mãe () Pai ()

Outro (), Quem? _____

1. Consumo de Tabaco

1.1 Já alguma vez fumaste tabaco? (ex.: cigarro, charuto, cachimbo)

Sim ☐ Não ☐

SE RESPONDESTE NÃO PASSA PARA A PERGUNTA 2, SE RESPONDESTE SIM CONTINUA NA PRÓXIMA PERGUNTA.

1.2 Que idade tinhas quando fumaste um cigarro pela primeira vez? _____

1.3 Com que frequência fumaste tabaco este ano lectivo (2008/09)?

Todos os dias

2-3 Vezes por semana

1 Vez por semana

Apenas aos fins-de-semana

Ocasionalmente

1.4 Onde costumias fumar? _____

1.5 Qual a principal razão porque fumas?

Por curiosidade

Porque os meus amigos também fumam

Porque me sinto bem, dá-me mais
confiança

Outra. Qual? _____

☐

2. Consumo de Álcool

2.1 Alguma vez provaste uma bebida alcoólica? (ex. cerveja, vinho, vodka, whisky, etc.)

Sim ☐ Não ☐

SE RESPONDESTES NÃO PASSA PARA A PERGUNTA 3, SE RESPONDESTES SIM CONTINUA A RESPONDER NA PRÓXIMA PERGUNTA.

2.2 Que idade tinhas quando provaste a tua primeira bebida alcoólica? _____

2.3 Este ano lectivo, com que frequência tomaste bebidas alcoólicas?

Todos os dias

2-3 Vezes por semana

1 Vez por semana

Apenas aos fins-de-semana

Ocasionalmente

2.4 Onde costumavas beber? _____

2.5 Porque razão consomes bebidas alcoólicas?

Por curiosidade

Porque os meus amigos também bebem

Porque me sinto bem, dá-me mais confiança

Outra. Qual? _____

2.6 Que tipo de bebidas alcoólicas costumás tomar?

Cerveja

Vinho

Bebidas Espirituosas (Vodka, Whisky,
etc.)

Cidra

Outras. Quais? _____

3. Consumo de Estupefacientes

3.1 Alguma vez experimentaste estupefacientes? (ex. Haxixe, Anfetaminas, Cola, Heroína, Cocaína, etc.)?

Sim ☐ Não ☐

SE RESPONDESTES NÃO PASSA PARA A PERGUNTA 4, SE RESPONDESTES SIM CONTINUA A RESPONDER NA PRÓXIMA PERGUNTA

3.1 Quais dos seguintes produtos já experimentaste? (coloca uma cruz nas que já consumiste)

Haxixe, Erva

Estimulantes (Anfetaminas, "Speeds", Ácidos, Ecstasy)

Cola (Ex: UHU, etc.)

Gasolina

Medicação usada como droga

Cocaína

Heroína, Ópio, "Crack", morfina

Outra. Qual? _____

3.2 Que idade tinhas quando consumiste pela primeira vez drogas? _____

3.3 Este ano, com que frequência consumiste drogas?

Todos os dias	<input type="checkbox"/>
2-3 Vezes por semana	<input type="checkbox"/>
1 Vez por semana	<input type="checkbox"/>
Apenas aos fins-de-semana	<input type="checkbox"/>
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>

3.4 Onde costumava consumir drogas? _____

3.5 Porque razão consomes drogas?

Por curiosidade	<input type="checkbox"/>
Porque os meus amigos também se drogam	<input type="checkbox"/>
Porque me sinto bem, dá-me mais confiança	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>

4. Comportamento de Violência

4.1 Alguma vez foste agredido/insultado na escola ou à porta desta?

Sim ☐ Não ☐

SE RESPONDESTES NÃO PASSA PARA A PERGUNTA 4.6, SE RESPONDESTES SIM CONTINUA A RESPONDER NA PRÓXIMA PERGUNTA.

4.2 Que idade tinhas na altura da primeira agressão? _____

4.3 Este ano lectivo, quantas vezes foste agredido/insultado na escola?

Todos os dias	<input type="checkbox"/>
2-3 Vezes por semana	<input type="checkbox"/>
1 Vez por semana	<input type="checkbox"/>
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>

4.4 Em que local da escola foste agredido(a)? _____

4.5 Indica os tipos de agressão que sofreste?

Agressão Verbal	<input type="checkbox"/>
Agressão Física	<input type="checkbox"/>
Agressão com objecto ou arma	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>

4.6 Já alguma vez agrediste um colega teu?

Sim ☐ Não ☐

SE RESPONDESTES NÃO PASSA PARA A PERGUNTA 5, SE RESPONDESTES SIM CONTINUA A RESPONDER NA PRÓXIMA PERGUNTA.

4.7 Este ano lectivo, com que frequência tomaste parte em agressões/insultos a outros alunos?

Todos os dias	<input type="checkbox"/>
2-3 Vezes por semana	<input type="checkbox"/>
1 Vez por semana	<input type="checkbox"/>
Apenas aos fins-de-semana	<input type="checkbox"/>
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>

4.8 Porque razão agrides os teus colegas? _____

5. Comportamentos Sexuais

5.1 Já alguma vez tiveste relações sexuais?

Sim ☐ Não ☐

SE RESPONDESTES NÃO, TERMINASTE AQUI O TEU QUESTIONÁRIO, SE RESPONDESTES SIM CONTINUA A RESPONDER NA PRÓXIMA PERGUNTA.

5.2 Com que idade tiveste a tua primeira relação sexual? _____

5.3 Este ano, com que frequência tiveste relações sexuais?

Todos os dias	<input type="checkbox"/>
2-3 Vezes por semana	<input type="checkbox"/>
1 Vez por semana	<input type="checkbox"/>
Apenas aos fins-de-semana	<input type="checkbox"/>
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>

5.4 Utilizas contraceptivo? (ex. Preservativo, Pílula, DIU, etc.)

Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

5.5 Quais são as principais razões que te levaram a ter relações sexuais?

Por curiosidade

Porque achava que tinha idade

Para provar a mim próprio(a) que sou capaz

Porque assim sou aceite por determinado grupo ao qual quero
pertencer

Porque assim fico mais comprometido com o meu parceiro(a)

Porque o ambiente se proporcionou e ambos quisemos

Porque não consegui resistir

Porque fui obrigado(a)

Outra. Qual? _____

5.6 Já alguma vez tiveste relações sexuais porque estavas embriagado(a) ou drogado(a)?

Sim ☐ Não ☐

MUITO OBRIGADO PELA TUA DISPONIBILIDADE E COLABORAÇÃO!